

ANNÉE 1930

THÈSE

130

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

Gdali RUBIN

Né le 23 Septembre 1900, à Bialystok (Russie)

Le Pronostic de la Césarienne basse

Président de Thèse : M. le Professeur BRINDEAU.

PARIS

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE-DÉ-MÉDECINE, 13

1930

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE

N

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

Gdali RUBIN

Né le 23 Septembre 1900, à Bialystok (Russie)

Le Pronostic de la Césarienne basse

Président de Thèse : M. le Professeur BRINDEAU.

PARIS

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 13

1930

I. — PROFESSEURS

Le Doyen

M. ROGER

MM.

ROUVIÈRE.

Anatomie
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie
expérimentale
Physiologie
Physique médicale
Chimie médicale
Bactériologie
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..
Pathologie et thérapeutique générales
Pathologie médicale
Pathologie chirurgicale
Anatomie pathologique
Histologie
Pharmacologie et matière médicale
Thérapeutique
Hygiène et Médecine préventive......
Médecine légale
Histoire de la médecine et de la chirurgie
Pathologie expérimentale et comparée
Hydrologie thérapeutique et climatologie

CUNEO.
ROGER.
STROHL.
DESGREZ.
LEMIERRE.
BRUMPT.
BAUDOUIN.
CLERC.
LECÈNE.
ROUSSY.
CHAMPY.
TIFFENEAU.
LÉPER.
TANON.
BALTHAZARD.
MÉNÉTRIER.
RATHERY.
MAURICE VILLARET
CARNOT.
BEZANÇON.
ACHARD.
Marcel LABBÉ.
LEREBoullet.
NOBÉCOURT.

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance ..
Clinique des maladies des enfants
Clinique des maladies mentales et des maladies
de l'encéphale
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
Clinique des maladies du système nerveux ..
Clinique des maladies infectieuses

H. CLAUDE.
GOUGEROT.
GUILLAIN.
TEISSIER.
DELBET
HARTMANN.
LEJARS.
GOSSET.
TERRIEN.
LEGUEU.
COUVELAIRE.
BRINDEAU.
JEANNIN.
J.-L. FAURE.
OMBRÉDANNE.
VAQUEZ.
SEBILEAU.
Pierre DUVAL.
SERGENT.
LÉON BERNARD.
MAUCLAIRE,

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique

Clinique urologique

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologie
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..
Clinique thérapeutique médicale
Clinique oto-rhino-laryngologique
Clinique thérapeutique chirurgicale
Clinique propédeutique
Clinique de la Tuberculose
Professeur sans chaire



II. — AGRÈGES EN EXERCICE

	MM.
Neurologie et Psychiatrie	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale	AUBERTIN.
Pathologie médicale	BÉNARD Henri.
Physiologie	BINET.
Chimie biologique	BLANCHETIÈRE.
Pathologie chirurgicale	BROCQ.
Pathologie médicale	BRULÉ.
Pathologie chirurgicale	CADENAT.
Pathologie médicale	CATHALA.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie médicale	CHEVALLIER.
Pathologie chirurgicale	De GIUDART-D'ALLAINES
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale	DONZELOT.
Obstétrique	ÉCALLE.
Urologie	FEY.
Pathologie expérimentale	GARNIER.
Bactériologie	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale	GATELLIER.
Histologie	GIROUD.
Pathologie médicale	HARVIER.
Anatomie	HOVELACQUE.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Hygiène	JOANNON.
Parasitologie	JOYEUX.
Chimie biologique	LABBE (Henri).
Pathologie médicale	LAROCHE Guy.
Oto-rhino-laryngologie	LEMAITRE.
Anatomie Pathologique	LEROUX.
Pathologie chirurgicale	LEVEUF.
Pathologie mentale	LIAN.
Pharmacologie	MERCIER Fernand.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie chirurgicale	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale	MOURE.
Histologie	MULON.
Anatomie Pathologique	OBERLING.
Anatomie	OLIVIER
Médecine légale	PIÉDELIEVRE.
Obstétrique	PORTES.
Pathologie chirurgicale	QUENU.
Physiologie	RICHEL Fils.
Dermatologie et syphiligraphie	SÉZARY.
	VALLÉRY-RADOT.
Pathologie médicale	(Pasteur)
Obstétrique	VAUDESCAL.
Ophthalmologie	VELTER.
Histologie	VERNE.
Obstétrique	VIGNES.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Pharmacologie	BUSQUET.
Obstétrique	GUENIOT.
Obstétrique	LEQUEUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Histologie	DEMELIN.
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

(ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

MM.

Clinique chirurgicale	ALGLAVE.
Clinique chirurgicale	AUVRAY.
Clinique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique médicale	LAIGNEL-LAVASTINE
Clinique obstétricale	LE LORIER.
Clinique médicale	LÉRI.
Clinique chirurgicale	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale	PROUST.
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE, agrégé.
Stomatologie	FREY.
Education physique	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique	LEDoux-LEBARD.
Puériculture	WEILL-HALLE.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE JULES
A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Témoignage de ma profonde affection filiale
et de ma reconnaissance pour tous les sacri-
fices qu'ils se sont imposés pour mes études.*

A TOUS LES MIENS

A MES COUSINS SONIA ET MATUS

*En témoignage de mon affection et de la re-
connaissance que je leur dois.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU

Professeur de Clinique Obstétricale

*En le remerciant de l'honneur qu'il m'a fait
en acceptant de présider cette thèse, qu'il
a inspirée. Qu'il trouve ici le faible hom-
mage de la reconnaissance que je lui dois
et le témoignage de mon entier dévouement.*

A TOUS MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
ET A LA FACULTÉ DE PARIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

I. - Introduction

La césarienne basse est pratiquée à l'étranger depuis de longues années, et ce sont les publications de résultats de cette opération, qui ont suscité certains auteurs français à pratiquer cette opération.

Le professeur Brindeau a été le premier à l'étudier et pratiquer en France. Les accoucheurs français qui ont un peu résisté au début à cette invasion de la césarienne basse (et avec raison du reste, parce que les statistiques publiées au début, en France, n'ont pas montré des résultats plus favorables pour la césarienne basse que pour la césarienne classique) se sont rendus compte des avantages incontestables de cette opération. Ce sont surtout les publications du professeur Brindeau et Schikelé qui ont permis d'apprécier la valeur réelle de cette opération.

Et depuis, la césarienne basse est devenue une opération courante dans la pratique de l'accouchement en France.

Sous le nom de « *Pronostic de la césarienne basse* », nous comprenons les conséquences immédiates et tardives dues à cette opération. C'est-à-dire, nous prendrons

la femme une fois l'opération terminée, et nous verrons quelles sont les complications qu'elle peut présenter dans les jours, les semaines ou les années qui suivront cette intervention. Quelle sera la mortalité, la morbidité, la résistance de la cicatrice de l'incision et les risques de rupture lors d'une grossesse ultérieure. Nous verrons si les accouchements spontanés seront possibles ultérieurement, et quelle sera l'influence de la césarienne basse sur la fécondité de la femme. Ce ne sont pas des considérations, *a priori*, qui peuvent résoudre ces problèmes, c'est l'expérience, c'est-à-dire l'étude statistique des faits apportés par les différents auteurs qui se sont occupés de la question.

Il y a quelques années, certains auteurs français ont prédit « que l'opération, dite césarienne supra symphy-saire, ne conservera bientôt qu'une valeur historique ».

Cette prévision ne s'est pas réalisée.

La césarienne basse occupe une place considérable dans la chirurgie obstétricale et elle s'est substituée à la césarienne classique pour la plupart des indications de cette dernière.

II. - Historique

Les exemples de césariennes pratiquées sur les femmes vivantes sont de date plutôt récente (xv^e siècle). Mais il semble bien que cette opération ait été pratiquée déjà avant l'ère chrétienne.

De Lee en trouve des preuves dans la littérature ancienne. Il paraît que les juifs ont pratiqué cette opération (de Lee, Preuss) longtemps avant le premier cas authentique de Trautmann (1610) et même avant l'ère chrétienne.

Il est certain qu'avant l'ère chrétienne, l'opération césarienne a été connue et pratiquée (de Lee). Mais la mort était la conséquence habituelle de cette opération. Les femmes mouraient d'hémorragie ou de péritonite.

Osiander (Goettingen), en 1805, a, peut-être, été le premier précurseur de l'opération césarienne basse.

Le 19 mars 1805, Osiander devait pratiquer une césarienne. Avant l'opération, Osiander pense aux avantages et aux inconvénient de la méthode césarienne qui était alors en vogue. Il réfléchit sur le fait d'expérience que la rupture utérine qui siège sur le corps est plus grave

(hémorragie, infection), que celle qui siège sur la partie inférieure de l'utérus (segment inférieur); et puis l'incision pouvait être plus petite (un avantage sur le danger d'infection et d'hémorragie); il pense aussi qu'on a moins de chances que l'intestin sorte pendant l'opération et il se dit que la plaie qui se trouve sur la partie inférieure de l'utérus, descendra derrière le pubis dans la cavité pelvienne; le sang et le quide amniotique ne pourront pas pénétrer dans la grande cavité abdominale.

Osiander, après avoir longuement réfléchi se décide d'opérer la femme en pratiquant une incision sur la partie inférieure de l'utérus (segment inférieur). La femme qui a supporté courageusement l'opération (on ne lui a même pas attaché les bras) est morte de péritonite.

Une année plus tard, Osiander pratique la même opération sur une autre femme. Même résultat. La seconde femme meurt de péritonite.

Ajoutons, cependant, que ces deux femmes se trouvaient dans un état extrêmement grave, déjà avant l'opération.

Dans la description de cette opération, faite par Osiander, il n'y a pas de doute, c'est une césarienne basse qui a été pratiquée.

Joërg, de Leipzig, en 1806, conseille de faire l'incision

sur le vagin et de la continuer sur le corps utérin si l'ouverture de l'incision n'est pas suffisante. Joërg qui a conseillé de faire cette opération, ne l'a jamais faite lui-même sur une vivante. Il la pratiqua, paraît-il, une fois, sur une femme morte.

Il est possible que Joërg connaissait déjà l'opération d'Osiander. En effet, Osiander a publié ses observations dans ses leçons (et Goettingen est à 200 kilomètres de Leipzig).

A ce moment les chirurgiens évitaient à tous prix l'ouverture du péritoine. Ils croyaient que cette ouverture était suivie fatalement de péritonite.

En 1821, Ritgen a essayé l'opération par voie extra-péritonéale.

En 1823, Baudeloque neveu, a pratiqué deux césariennes basses, avec une technique pareille à celle de Ritgen. Les deux femmes sont mortes: une, d'hémorragie, l'autre de péritonite.

En 1824, Physick, de Philadelphia, conseille à Dewers l'opération césarienne extra-péritonéale.

En 1870, Gaillard Thomas, de New-York, reprend l'opération de Ritgen. En dépit de manque d'asepsie et de technique peu parfaite, sur huit opérées en 1878, l'auteur signale quatre survivantes. Cette mortalité était égale ou même supérieure à celle qui s'observait à ce

moment pour la césarienne classique (cette mortalité variait à ce moment entre 40 et 80 %).

Mais, en 1876, Porro a décrit l'opération qui porte son nom et la césarienne basse tombe dans l'oubli.

En 1881, Kehrer modifie la césarienne classique, en pratiquant l'incision transversalement sur la jonction du corps utérin, avec le segment inférieur. Il insiste sur la suture parfaite.

L'amélioration qu'apporte Saenger, en 1882, pour la césarienne classique et qui consiste dans la bonne fermeture utérine avec asepsie, a amélioré beaucoup le pronostic de la césarienne classique. La mortalité est tombée de 60 % à 20, 10, et même 5 %. Mais pour les cas douteux ou franchement infectés, la mortalité est restée encore assez élevée.

En 1906, Frank (de Cologne) pratique l'opération Osiander-Joërg-Physick perfectionnée. Voilà sa technique : Incision transversale supra-symphysaire de la paroi abdominale, incision transversale du péritoine au dessus du sommet de la vessie, décollement du péritoine au niveau du segment inférieur distendu, réunion des feuillets viscéraux et pariétaux supérieurs. Ouverture de l'utérus transversalement et extraction de l'enfant. Fermeture de l'utérus. Fermeture de l'abdomen avec drainage.

Veit et Fromme (de Halle) ont modifié, en 1908, la

technique de Frank. Après fermeture de l'utérus ils rétablissent la continuité des feuillets péritoneaux, puis ils substituent à l'incision transversale, l'incision longitudinale de la paroi et de l'utérus (segment inférieur).

Toutes ces méthodes opératoires ont pour but de tenir l'incision en dehors de la cavité péritonéale et puis de prévenir l'écoulement lochial dans la cavité péritonéale.

Sellheim essaya d'abord la technique extra-péritonéale (la technique de Physick); mais il s'aperçoit qu'il ouvre trop souvent la cavité péritonéale, ou il provoque des lésions de la vessie. Il adopte alors la technique de Frank, mais il emploie l'incision de Pfannenstiel.

Mais Sellheim s'aperçoit que le danger de péritonite n'est pas écarté, il fait alors ce qu'il appelle la fistule *cervico-pariétale*, c'est-à-dire Sellheim fixe l'incision du segment inférieur à l'ouverture de la paroi abdominale.

L'extériorisation de la brèche utérine, après la césarienne haute a été pratiquée autrefois par Pillore en 1854 et par Lestocquoy en 1857. Pillore réunissait les lèvres de l'incision utérine avec les lèvres correspondantes de la plaie abdominale pour éviter la sortie de lochies. Lestocquoy réunit l'utérus à la paroi abdominale avant la délivrance de l'enfant, pour les mêmes raisons que Pillore.

Une opération pareille à celle de Sellheim, a été proposée par Olshauser, E. Martin en 1890. L'idée directrice

de cette opération a été de faire les césariennes itératives extra-péritonéales.

Ultérieurement, Sellheim a encore modifié sa technique.

Le professeur Brindeau a été le premier à étudier cette question en France.

En 1909, le professeur Brindeau rapporte deux cas traités par la césarienne basse.

Mais cette opération ne trouvait pas beaucoup d'adhérents parmi les accoucheurs français. Et c'est parce que les résultats publiés par les auteurs français sur la césarienne basse, n'étaient pas meilleurs que les résultats de la césarienne classique (Klein, Novvian).

Les accoucheurs américains essayèrent la césarienne basse pour les cas douteux et infectés. Marko et Mc. Pherson traitent en 1918, certains cas infectés par le procédé de Küstner (extra-péritonéal).

De Lee publie en 1919, 40 cas de césarienne basse trans-péritonéale sans mortalité.

Beck publie en 1921, de bons résultats pour la césarienne basse trans-péritonéale, dans un grand nombre de cas.

Walrhard, Aubert et Beuttner, en Suisse, font aussi la césarienne supra-symphysaire.

En France, les professeurs Brindeau et Schickelé

signalent des résultats satisfaisants dans la césarienne basse.

Au Congrès des Gynéologues de langue française, Henrotay signale l'importance de la césarienne basse, pour les cas douteux, et Schicklé et Beuttner conseillent aux accoucheurs français la césarienne basse transpéritonéale.

Le professeur Brindéau donne, en 1922, 14 cas avec 9 cas impurs, 5 femmes avaient de la fièvre, 2 autres avaient subi des essais de forceps. Une seule femme mourut de péritonite en 48 heures.

Depuis, plusieurs travaux sont apparus en France sur la césarienne basse (Thèses de Desoubry, Engelhard, Marassi, Perrier).

III. - Technique opératoire

La technique opératoire employée en France est celle de la césarienne basse transpéritonéale — procédé de Kronig-Beck.

Nous allons exposer la technique de l'opération césarienne basse transpéritonéale :

1° Procédé de Kronig-Beck.

Nous avons emprunté la description dans le traité du professeur Brindeau.

Le principe est le suivant : incision verticale de la paroi abdominale; incision transversale du péritoine viscéral; décollement du péritoine qui recouvre le segment inférieur; section verticale du segment inférieur; extraction du fœtus et du placenta; suture de la plaie utérine au catgut; rabattement du lambeau péritonéal au-dessus de la plaie utérine.

Le professeur Brindeau a adopté ce procédé et voici comment il procède :

1° Après rachi-anesthésie à la novocaïne et mise en position inclinée, on incise la paroi abdominale en allant de la symphyse vers l'ombilic (une incision de 15 cm.

suffit), on place une compresse de gaze à droite et à gauche de façon à les insinuer entre l'utérus et la paroi, une troisième plus petite est glissée à l'angle supérieur de la plaie. Mise en place d'un écarteur bi-latéral de Ricard. On aperçoit le segment inférieur qui recouvre la tête du fœtus. Il faut alors repérer l'extrémité supérieure de la vessie qui a dû être soigneusement vidée immédiatement avant l'opération. Cet organe est du reste très variable comme situation; en général il est assez bas et situé sur la ligne médiane.

On place une pince de Kocher sur le péritoine viscéral à un travers de doigts au-dessus du sommet de la vessie. On y fait une petite boutonnière, puis, soit à l'aide du doigt, soit avec de forts ciseaux courbes et mousses, on sépare le péritoine du segment inférieur.

Le décollement est commencé à droite et à gauche, puis de bas en haut.

On incise principalement en bas, du côté du pubis, de façon à refouler la vessie très loin. On place alors une pince de Kocher de chaque côté de la ligne médiane pour repérer la section du péritoine. La séreuse préalablement décollée est coupée transversalement sur une longueur de 12 cm. environ. On obtient ainsi deux lambeaux péritoniaux largement flottants.

2° *Section du segment inférieur.*

Un aide glisse une large valve à hystérectomie vaginale derrière la symphyse pubienne sous le lambeau péritonéal inférieur et la vessie, il met ainsi, le segment inférieur sous les yeux de l'opérateur. Celui-ci l'incise au bistouri directement sur la tête fœtale, et le plus bas possible. Il y fait une boutonnière dont il repère les deux lèvres avec des pincés, puis il sectionne de bas en haut, et sur la ligne médiane de façon à ne pas dépasser la limite du décollement péritonéal supérieur.

On peut également inciser doucement de bas en haut sur toute la surface du segment mis à nu jusqu'à ce qu'on aperçoive les membranes ou les cheveux du fœtus suivant que les membranes ne sont pas rompues ou sont rompues.

Il s'écoule en général une assez grande quantité de liquide amniotique. L'aide retire alors la valve retro-pubienne.

3° *Extraction du fœtus:*

La main s'insinue entre le segment de la tête et cherche la bouche du fœtus. Un doigt introduit dans sa cavité ramène le menton en avant; il suffit parfois d'appuyer à droite et à gauche de la tête pour l'enucluer, sinon, on appliquera le forceps (petit Pajot si possible), et l'on

extrait le fœtus par la face. Au moment où l'on extrait les épaules, on aperçoit en général l'ouverture de la plaie utérine qui tend à être attirée en dehors; il est bon de placer, avant de continuer l'extraction, une série de pinces en cœur de chaque côté de la plaie.

Ces pinces serviront à extérioriser la cavité utérine quand le fœtus sera extrait. L'enfant aussitôt sorti sera placé sur les cuisses de la mère. A ce moment, l'aide tire légèrement sur les pinces en cœur. Cette manœuvre permettra au liquide de s'écouler au dehors. Le cordon est sectionné; puis on passe à l'extraction du placenta. L'expression est presque toujours suffisante, sinon on décollera l'arrière-faix avec la main en ayant soin de maintenir fortement le fond de l'utérus. La délivrance terminée, on introduit une mèche dans l'utérus, qui sera retirée avant la mise en place des derniers fils.

4^e Sutures.

On replace la valve rétro-pubienne et l'on suture le segment inférieur en commençant de bas en haut.

Suture au catgut à points séparés :

- 1^{er} Premier plan prenant toute la paroi, deuxième plan superficiel renforçant le premier. On s'occupe ensuite de la suture du péritoine, elle sera pratiquée de telle façon que les deux lambeaux s'imbriquent. On peut à son choix placer l'un ou l'autre le premier. Il vaut mieux

cependant, commencer par fixer le lambeau supérieur en posant quelques fils de catgut. On ramène ensuite le lambeau inférieur qui entraîne la vessie avec lui; quelques joints la maintiendront en place.

5° *Fermeture de la paroi sans drainage.*

II. Procédé de Hirts-Phaneuf.

L'abdomen étant ouvert, on décolle le péritoine viscéral comme précédemment, puis on incise la séreuse verticalement. Le péritoine pariétal est alors suturé au péritoine viscéral, à l'aide de points séparés au catgut.

On obtient ainsi deux culs-de-sac péritoniaux dirigés verticalement et entre lesquels on aperçoit le segment inférieur, descendu. Incision de l'utérus, extraction du fœtus et du placenta comme dans le procédé de Beck. Le segment inférieur est suturé au catgut, et par dessus la suture on ramène les deux culs-de-sac au contact l'un de l'autre. Ils sont alors fixés à l'aide d'un surjet au catgut.

IV. - La mortalité dans la césarienne basse

Les premiers auteurs qui ont pratiqué la césarienne basse, au début de ce siècle, ont insisté dès le début, que la mortalité maternelle et fœtale est moindre dans la césarienne basse que dans la césarienne classique. Ce sont surtout les statistiques publiées ces dernières années et qui portent sur des milliers de cas, qui ont mis en évidence ce fait. Les statistiques sur la césarienne basse ont été publiées en France, mais surtout à l'étranger.

Klein, en 1912 (thèse de Paris, 1912), donne sur 430 cas de césariennes basses, 26 décès, soit 6.4 % de mortalité.

La mortalité par péritonite n'est signalée par cet auteur que dans 5 cas, ce qui fait 1,24 %.

Reusch, en 1917, a réuni 595 cas. Les femmes sont toutes suspectes d'infection. Il donne une mortalité de 2 % pour 279 opérées par la méthode extra-péritonéale, et une mortalité de 1.6 % pour 216 opérées par la méthode transpéritonéale basse. Cook Hirst, en 1920, dans 30 cas infectés ou douteux, mortalité zéro.

En 1919, de Lee réunit 117 cas de césarienne basse transpéritonéale avec 34 cas douteux et 12 cas nettement infectés. Un seul décès, ce qui fait 0,85 %.

En 1922, de Lee et Cornell, donnent des résultats de 145 cas de césarienne basse, dans la grande majorité, ce sont des cas douteux ou infectés. Mortalité 1, soit 0,6 %.

Dans une autre statistique publiée par de Lee et qui comprend 338 cas provenant des 8 auteurs différents, 2 décès, soit 0,6 %.

Hirst et van Dolsen apportent 107 cas de césariennes transpéritonéales basses, chez des femmes en travail depuis longtemps et dans des conditions défavorables pour l'intervention classique. Résultat : 2 décès, soit 1,9 %.

Gaiffami apporte 50 cas de césariennes basses sans mortalité. Dans trois cas, il a trouvé les signes cliniques et bactériologiques d'infection. Dans deux autres cas on a appliqué antérieurement en ville le forceps. Non seulement les résultats furent favorables, mais encore la période post-opératoire ne permit de révéler aucun phénomène de réaction péritonéale ou générale.

Reeb, en 1923, donne 10 cas parmi lesquels 9 impurs. Une seule femme mourut d'embolie pulmonaire le dix-septième jour.

Martius de Bonn, apporte une statistique de 136 césariennes pratiquées dans son service depuis 1912-1919 : 64

césariennes basses (40 extrapéritonéales et 24 transpéritonéales), 31 classiques et 41 Porro.

La mortalité a été :

pour les 40 césariennes basses extrapéritonéales, 3 morts, soit 7,5 % ;

pour les 24 césariennes basses transpéritonéales, 1 mort, soit 4,1 % ;

pour les 31 césariennes classiques, 3 morts, soit 9,8 % ;

pour les 41 césariennes Porro, 1 mort, soit 2,5 %.

Dans une autre statistique, Martius a recueilli les cas de quatre auteurs (Menge, Stoeckel, Engelmann, Walthard) :

Dans 677 cas de césarienne basse extrapéritonéale, 4,4 % mortalité maternelle, 5,47 % mortalité fœtale ;

Dans 385 cas de césarienne basse transpéritonéale, 3,6 % mortalité maternelle, 2,66 % mortalité fœtale.

L'auteur ajoute que dans 50 % des cas il s'est agi de cas douteux.

Brandt, en 1922, apporte 100 cas de césariennes basses (de la clinique du docteur Scheffzek). La technique appliquée a été soit extra-péritonéale, soit transpéritonéale. Nombre de cas infectés 7. Résultats: 4 décès (deux péritonites, un phlegmon rétropéritonéal, un septicémie).

Baumm P., en 1923, donne 133 cas de césariennes basses. Parmi ces 133 cas, il y avait 52 cas douteux: rupture des membranes depuis plusieurs heures, fièvre et

dans quelques cas liquide amniotique fétide. L'auteur signale deux morts: une femme morte d'infection, l'autre est morte d'embolie gazeuse pendant l'opération. Sur 135 enfants (deux cas de jumeaux), trois n'ont pas pu être rappelés à la vie, huit enfants sont morts avant de quitter l'hôpital.

Krause rapporte, en 1923, 123 cas de césariennes basses transpéritonéales. L'auteur n'a pas pu dissocier entièrement les cas purs et les cas douteux. Mais chez 20 femmes, il y avait la rupture de la poche des eaux, de 2 heures à 5 jours. 13 fois la température avant l'opération était à 38°. On est intervenu dans 13 cas, parce que la tête ne descendait pas, après une épreuve du travail.

Donc, un grand nombre de cas ont été des cas douteux.

Résultats: 5 décès, soit 4 % dont 3 femmes mortes de péritonite et 2 femmes mortes d'anesthésie.

Küstner a réuni 213 cas de césariennes basses des différents opérateurs avec 2,3 % de mortalité.

Walther donne 206 cas de césariennes basses avec 2 % de mortalité.

Marassi a réuni dans sa thèse 1.166 cas de césariennes basses : sur ce nombre 407 cas en travail depuis plus de 6 heures avec des touchers fréquents, la poche des eaux rompue et avec tentative de forceps. Sur ces 407 cas, on trouve 9 morts, soit 2,2 %. Sur ces 9 cas, 3 cas de mort par péritonite, soit 0,7 %.

Au Congrès de 1925, Schickelé a dit avoir pratiqué la césarienne basse dans les cas douteux et même franchement infectés.

Sur 234 césariennes basses, il a eu 7 morts, dont 4 imputables à l'infection, soit 2,99 %.

De Porenta donne, en 1924, 112 cas de césariennes basses, sans mortalité. Dans la majorité des cas, on a opéré pour bassin rétréci, dans 3 cas on a opéré pour placenta praevia centralis avec anémie grave.

Correia da Costa apporte en 1925, 32 cas de césariennes basses transpéritonéales, les cas ont été douteux.

Résultats: un décès, une femme chez laquelle après deux jours de travail et plusieurs tentatives de forceps, l'hystérectomie fut pratiquée. Péritonite. Mort au bout de neuf jours.

L'auteur insiste sur les bons résultats de la césarienne basse pour les cas douteux.

En 1926, Seebrecht publie ses résultats dans la césarienne basse sous rachianesthésie. Sur 135 cas, tous infectés, il y a 3 morts, soit 2,22 %.

Le professeur Brindeau publie en 1926, ses résultats, dans 88 cas de césariennes basses, 1 mort (cas purs et douteux), soit 1,1 % de mortalité.

Portes et Risacher rapportent en 1926, 28 cas de césariennes basses. Il y avait 20 cas impurs (19 cas douteux et 1 cas d'une femme certainement infectée, celle-ci a

guérie), avec 1 décès de péritonite post-opératoire, le troisième jour. Ce cas mortel a été observé dans un cas douteux.

Les auteurs tirent la conclusion que la césarienne basse, faite dans les cas douteux, ne donne pas toujours une sécurité absolue.

Couvellaire et Portes donnent, en 1926, 30 césariennes basses. 15 ont été faites dans de bonnes conditions; 14 ont été faites chez des femmes en travail depuis longtemps avec membranes rompues, toutes en très bon état; un seul cas était risqué. Les résultats ont été parfaits. Enfin, l'opération a été pratiquée dans un cas très risqué, la femme est morte presque immédiatement.

Le Lorier rapporte, en 1926, 17 cas de césariennes basses (avec beaucoup de cas douteux). Résultats: 1 mort maternelle. La mort est survenue quatre heures après l'intervention par inertie utérine.

Pas de décès dus à l'infection.

Phaneuf a publié en 1926, 203 cas de césariennes basses.

La mortalité est de 6,4 %. Mais l'auteur insiste sur le fait que dans plusieurs de ces cas, l'état a été désespéré avant l'opération. Aucun décès dû à la péritonite. Phaneuf croit que la césarienne basse évite la péritonite secondaire.

Ed. Martin donne 116 cas de césariennes basses transpéritonéales, avec 3 décès, dont 2 par péritonite.

L'auteur a dû pratiquer la césarienne extra-péritonéale dans 9 cas, avec poche des eaux rompue depuis 19 à 36 heures. Mortalité : zéro.

Ada Markowa (Cracovie) a publié en 1926, les résultats des césariennes basses transpéritonéales pratiquées à l'école d'accouchement de Cracovie. Travail depuis 48-50 heures. La rupture de la poche des eaux n'est pas marquée. Température n'a pas dépassé 37,5. Indications: bassin rétréci, placenta praevia, éclampsie.

Pas de décès.

Gromadzki (Varsovie) donne, en 1927, 101 cas de césariennes (91 cas de césariennes basses transpéritonéales et 10 cas de césariennes basses extrapéritonéales) pratiquées à Varsovie entre 1921 et 1926.

Tous les cas ont été opérés à une température voisine de 37°. La mortalité pour les 10 cas de césariennes basses extrapéritonéales était de 3 sur 10, donc 30 % (1 pour placenta praevia, 1 pour éclampsie, 1 pour péritonite).

La mortalité pour la césarienne transpéritonéale basse était de 3 femmes sur 91 (1 pour éclampsie, 1 septicémie, 1 péritonite). 2 enfants sont morts-nés.

L'auteur conclut que la rupture de la poche des eaux n'est pas une contre-indication pour la césarienne basse. De même une température qui ne dépasse pas 37°5.

Pour une température de 38°, il faut agir suivant les cas. Les touchers pratiqués à la clinique avant l'opération ne sont pas non plus une contre-indication. L'auteur pense que la méthode de choix est la césarienne basse transpéritonéale.

En 1929, Ed. Martin et Spieckhoff rapportent 405 cas de césariennes basses. Les cas sont douteux.

Résultats: 18 morts, soit 4,4 %. Dix morts de péritonite, septicémie ou broncho-pneumonie.

Ed. Martin s'élève contre les indications trop étendues de la césarienne basse pour les cas suspects; il n'admet pas, non plus, la thèse du docteur Hirsch, pour qui les interventions par voie vaginale, sont moins favorables que les interventions par voie abdominale.

Küstner signale, sur 184 cas de césariennes basses extra-péritonéales, pratiquées dans son service, une mortalité globale de 1,1 % (l'auteur n'indique pas s'il s'agit de cas purs ou impurs). 92 femmes ont été opérées par Küstner, lui-même, avec mortalité nulle.

Schweitzer de Chemnitz donne en 1929, une statistique de 427 cas de césariennes basses pour bassin rétréci, placenta praevia et éclampsie. La mortalité a été de 2 % dans les cas douteux et de 0,9 % dans les cas purs.

Baer a publié les résultats d'une statistique de « *Michael Reese Maternity* ». La mortalité pour la césari-

rienne classique a été de 5,5 % pour la césarienne basse de 1,3 %.

Lewes, en 1926, a étudié tous les cas de césariennes : basses et classiques, qui ont été pratiquées à *Cook County Hospital*, depuis 11 ans :

Voici les chiffres :

87 césariennes classiques, 10 décès, soit 11,3 % ;

35 césariennes basses, 2 décès, soit 5,7 %.

Vogt est d'avis (1927) que la mortalité infantile pourra être diminuée dans une certaine mesure, si on ne donne pas à la mère des injections morphine, scopolamine.

A la Nouvelle-Orléans, une commission présidée par M. King (en 1927) a étudié la question de la mortalité après la césarienne abdominale.

Le nombre de césariennes classiques pratiquées dans les hôpitaux de cette ville, dans la période 1921-1926, était 291. Mortalité maternelle, 16,1 %. Mais sur 31 cas de césariennes basses pratiquées dans la même période, aucun décès.

Danforth et Grier (1928) rapportent les résultats des césariennes basses pratiquées depuis 5 ans (1922-1927) à l'Evenston Hospital (Illinois). En tout 50 césariennes basses. 30 cas opérés après une épreuve de travail: poche des eaux rompue, dilatation complète, bonnes contractions, utérines. La moyenne de la durée du travail pour

tous les cas était de 21,7 heures. Pas de mortalité maternelle.

Un enfant est mort une heure après l'opération, mais déjà avant l'opération on avait noté la modification des bruits du cœur fœtal.

Puppel (Mainz) présente, en 1929, 123 cas de césariennes basses. Beaucoup de cas impurs. Mortalité : 7 femmes, soit 6 %.

Winter a publié en 1929 (*Zentrall f. gyn.* 1929, n° 30) une statistique comportant tous les cas de césariennes basses extrapéritonéales, césariennes basses transpéritonéales, césariennes classiques et opérations de Porro, pratiquées en Allemagne pendant l'année 1928. Tout ensemble : 4.450 cas. La mortalité globale a été de 316, soit 7,1 %. Ces 316 cas peuvent être répartis en 3 groupes :

Premier groupe : 120 cas de morts pour causes qui ont commandé la césarienne, soit 2,7 % (par exemple : éclampsie, placenta praevia).

Deuxième groupe : 185 cas de morts dûs à l'opération même, soit 4,2 %.

Dans ces cas, la mort était dûe à :

Infection, 99 cas, 53 % ;

Ileus, 16 cas, 8,6 % ;

Embolie, 28 cas, 15,1 % ;

Pneumonie, 12 cas, 6,6 % ;

Collapsus, 11 cas, 6 % ;

Hémorragies, 9 cas, 4,8 %;

Anesthésie, 8 cas, 4,3 %;

Œdème aigu, 1 cas, 0,5 %;

Dilatation aiguë de l'estomac, 1 cas, 0,5 %.

Donc, infections et embolies sont les causes essentielles de la mort due à l'opération.

Troisième groupe: 11 cas de morts causées par des maladies intercurrentes (grippe, pneumonie, cardiopathie, anémie chronique, hémorragie cérébrale, scarlatine).

Dans :

4.304 cas afébriles: mortalité, 6,4 %;

136 cas infectés: mortalité, 40 %.

Mortalité selon les opérations employées :

Mortalité maternelle due à l'opération, 3,7 %;

Césariennes basses transpéritonéales, 3.534 cas;

Césariennes basses extrapéritonéale, 304 cas, 6,7 %;

Césariennes classiques, 438 cas, 6,4 %;

Césariennes classiques (Fritsche), 34 cas, 8,9 %;

Césariennes Porro, 120 cas, 6,7 %.

Donc, la mortalité la moins élevée s'observe dans les cas de césariennes basses transpéritonéales.

Maintenant, en cas d'infection, c'est encore la césarienne basse transpéritonéale qui a donné les meilleurs résultats.

OPÉRATION	MORTALITÉ
114 cas infectés, césarienne basse transpér.....	25 %
25 cas infectés, césarienne basse extrapér.....	30 %
9 cas infectés, césarienne Porro.....	44 %

Dans 4.450 césariennes, la mortalité infantile a été de 403 enfants, soit 9 %. 175 enfants, dont 4 %, étaient déjà morts pendant l'opération. Les autres, 228 enfants, sont morts après la césarienne, soit 5 %. Un certain nombre de ces derniers seraient morts d'éclampsie, d'asphyxie, etc., sans l'intervention.

Voyons, maintenant, ce qui se passe pour la césarienne classique.

Bar, en France, a trouvé sur des statistiques des césariennes classiques, quelle qu'en soit l'indication, et comportant des milliers de cas, 8 à 10 % de mortalité maternelle.

Newel et Williams donnent à peu près les mêmes chiffres. Mais si on fait une statistique séparément sur les cas purs, c'est-à-dire, chez des femmes non en travail ou tout au début du travail avec des membranes intactes, qui n'ont pas été examinées ou qui l'ont été avec des gants stérilisés, la mortalité est d'environ 2,9 %.

Au contraire, pour les cas impurs, c'est-à-dire des femmes en travail depuis plusieurs jours, ayant des membranes rompues, la mortalité est de 10,8 %.

Enfin pour les femmes qui ont été touchées par plusieurs personnes et qui ont subi en ville une ou deux applications de forceps sans succès, la mortalité arrive à 34 % des cas.

Les résultats qui ont été présentés par Munro Kerr et

Holland et qui portent sur 4.000 césariennes classiques, sont sensiblement les mêmes :

Césariennes classiques en dehors

	Mortalité maternelle pour Munro Ker Holland	Mortalité maternelle pour Bar.
du travail	1,6 %	
Césariennes au début du travail.	1,8 %	2,9 %
Césariennes tardives	10,7 %	10,8 %
Césariennes après forceps.....	27 %	34 %

Nous voyons donc, que plus l'opération est tardive, plus la mortalité est élevée.

Quand on fait l'autopsie des femmes mortes après des césariennes classiques, on s'aperçoit que la grande majorité des femmes meurent de péritonite (Prof. Brindeau).

Kroenig dit, que dans la césarienne basse transpéritonéale, la péritonite est beaucoup plus rare, que dans l'opération césarienne classique, et dans ce dernier cas, le péritoine s'infecte non pas au moment de l'opération, mais secondairement, dans les suites des couches. Cette infection vient, évidemment, de l'utérus.

Harris et Brown (de Baltimore) insistent, en 1927, sur le fait que le danger opératoire s'accroît à mesure que le travail avance. Cette chose, du reste a été mise bien en évidence, nous l'avons vu, dans les statistiques publiées par Bar, Munro Ker et Holland.

Harris et Brown donnent le tableau suivant qui comprend 13 cas de césariennes basses opérées par la technique de Lee.

Schema n° 1

Cas N	Durée de travail	Touchers	Rupture de membranes	Dilatation	Température avant l'opération	Suite de couches	Guérison de l'incision abd.	Culture utérine
1	avant le début	0	Intactes	Col fermé	Normale	Pas de fièvre	Excellente	Stérile
2	2 h.	1	2 h.	3 cm.	Normale	Fébriles	Excellente	Stérile
3	11 h.	Plusieurs	11 h.	10 cm.	37°, 7	Fébriles	Mauvaise	Positive
4	12 h.	Plusieurs	12 h.	3 cm.	Normale	Fébriles	Mauvaise	Positive
5	16 h.	0	Intactes	2 cm.	Normale	Fébriles	Abcès de l'incision	Positive
6	24 h.	0	60 h.	2 cm.	Normale	Fébriles	Mauvaise	Positive
7	27 h.	0	16 h.	3 cm.	Normale	Pas de fièvre	Excellente	Positive
8	28 h.	0	Intactes	3 cm.	Normale	Fébriles	Mauvaise	Positive
9	28 h.	Plusieurs	28 h.	10 cm.	Normale	Fébriles	Mauvaise	Positive
10	40 h.	0	3 h.	10 cm.	38°	Pas de fièvre	Excellente	Positive
11	41 h.	2	41 h.	3 cm.	38°, 3	Fébriles	Mauvaise	Positive
12	43 h.	2	10 h.	3 cm.	37°, 2	Fébriles	Mauvaise	Positive
13	48 h.	1	55 h.	4 cm.	37°, 4	Fébriles	Mauvaise	Positive

(D'après HARRIS et BROWN)

Nous voyons donc, que le contenu utérin était stérile seulement dans les cas 1 et 2, où l'opération a été pratiquée tout à fait au début. Dans tous les autres cas, la culture de l'utérus a été positive et même dans les cas où la femme n'a pas été touchée et avec membranes intactes.

Ces faits apportés par Harris et Brown, nous expliquent bien pourquoi la moralité opératoire est beaucoup plus grande dans les cas tardifs, pour la césarienne classique (10,7 %) que pour la césarienne basse (de 2 à 4 % suivant les auteurs).

C'est que le danger d'infection dans les cas impurs n'est pas seulement un danger immédiat, par contamination de la cavité péritonéale au moment de l'opération, ce danger va sans cesse en croissant dans le post-partum, puisque c'est vers le quatrième ou cinquième jour que la cavité utérine présente son maximum de septicité (Balard).

Dans la césarienne corporéale, avant que ne se réalise une cicatrisation anatomique, oblitérant l'incision, il n'existe qu'une coaptation relative, en tous cas très incomplète, qui, au moment des contractions, n'oppose pas une barrière absolue au suintement sero-sanguinolent et aux microbes de la cavité utérine. Le surjet sero-musculaire n'offre qu'une barrière insuffisante, l'infec-

tion amène une destruction rapide du catgut et se propage, ainsi à la cavité péritonéale.

Au contraire, dans la césarienne basse la suture utérine est au repos et alors il n'y a pas de suintement serosanguinolent par la suture vers la cavité péritonéale.

« Le double revêtement péritonéal, qui réalise le capitonnage du surjet en redingote de la césarienne supra-symphysaire, réalise une barrière efficace aux infections ». (Balard).

Tous les auteurs estiment que cette péritonisation réalise une exclusion parfaite de la grande cavité péritonéale, si bien que lorsque les accidents se produisent du côté de la cicatrice utérine, ils ne déterminent qu'une suppuration localisée retro-vésicale, sans retentissement sur le péritoine et que l'on peut ouvrir et drainer secondairement.

V - Morbidité dans la césarienne basse

Dans la morbidité due à la césarienne basse, nous distinguons des complications immédiates et des complications tardives.

Les complications immédiates sont celles de toute laparotomie et les lésions possibles des organes qui se trouvent au voisinage du champ opératoire.

Les complications tardives sont représentées par la rupture de la cicatrice, lors des accouchements ultérieurs, par des adhérences et les difficultés lors d'une césarienne itérative.

Voyons d'abord, les complications immédiates :

Nous allons passer en revue : le choc opératoire, les hémorragies, l'occlusion intestinale, la lochiométrie, les lésions vésicales, les fistules utéro pariétales et les accidents infectueux.

LE CHOC OPÉRATOIRE

En énumérant les avantages de la césarienne basse, le professeur Brindeau insiste sur le fait, que cette opération est peu choquante. Le choc opératoire est encore

moins prononcé pour la mère et pour l'enfant si l'on fait la rachi-anesthésie.

Phaneuf (1926) croit que le choc opératoire est moins marqué parce que l'intestin n'est pas touché pendant l'opération.

Küstner, Baisch, Martins, soulignent également que le choc opératoire pour la césarienne basse est peu marqué.

Les mêmes auteurs ajoutent, que les fortes coliques abdominales qui sont fréquentes après la césarienne classique, sont absentes dans la césarienne basse.

LES HÉMORAGIES

Les hémorragies de la césarienne basse sont beaucoup moins marquées, que les hémorragies de la césarienne classique.

Les hémorragies secondaires ne s'observent pas ou presque pas après la césarienne basse. Ceci est l'avis de tous les auteurs qui se sont occupés de la question.

Ballard (en 1927) insiste sur ce fait. L'auteur l'explique par le fait que la suture du segment inférieur permet à l'utérus de reprendre sa tonicité complète et par là, même, s'oppose à toute hémorragie.

L'OCCLUSION INTESTINALES

L'occlusion intestinale est une complication qui s'observe dans la césarienne classique. Häggstrom, en 1926;

qui a étudié la question, a recueilli 30 cas d'occlusion intestinale après la césarienne classique. Selon lui, cet accident survient dans 1 % des cas.

Cette complication ne s'observe presque pas dans la césarienne basse, parce que la plaie bas située, est plus ou moins cachée par la vessie, et surtout, la péritonisation, plus profonde et moins exposée à être détruite par les contractions utérines, empêche les adhérences intestinales.

LA LOCHOMÉTRIE

La lochiométrie ou la retention des lochies s'observe assez fréquemment dans les premiers jours à la suite d'un accouchement normal. Elle est presque toujours due à l'exagération de l'anteverision physiologique. La coudure à l'angle du corps et du col de l'utérus, au niveau du segment inférieur, est souvent assez prononcée pour que l'écoulement lochial soit entravé, et pour que la cavité utérine soit transformée ainsi en vase clos.

Cet accident s'observe avec une grande fréquence après la césarienne classique. Audebert et Estienny l'ont observé 11 fois dans 50 césariennes hautes. Ici c'est l'hyper-anteflexion qui est la cause essentielle, et cette hyper-anteflexion après la césarienne classique, serait due, d'après Audebert et Estienny, aux adhérences du plan sutural utérin à la paroi abdominale,

A cause de l'hyper-anteflexion, les liquides retenus dans la cavité utérine, non seulement deviennent plus virulents, mais ils sont encore en quelque sorte sous pression, et par suite de contractions utérines, ces liquides auront une plus grande tendance à diffuser à travers la suture et à infecter le péritoine.

Mais, d'une manière générale, la lochiométrie est un accident d'un pronostic bénin, à condition de le reconnaître et d'y porter immédiatement remède par le drainage utérin.

Cette complication ne s'observe presque pas dans la césarienne basse. Dans les cas où elle se produit, les liquides restent dans la cavité utérine, tandis que le segment inférieur se draine normalement et la suture subit, au minimum les risques d'infection.

LES LÉSIONS VÉSICALES

Les lésions vésicales ont été signalées par plusieurs auteurs. Brandt, en 1924, a rapporté 100 cas de césariennes basses. Il y a eu des lésions vésicales dans 4 cas de césariennes basses itératives. Dans tous ces 4 cas, la technique extra-péritonéale a été employée.

Le professeur Brindeau a rapporté des cas de lésions vésicales avec fistule vésico-utérine dans les suites.

LES FISTULES UTÉRO-PARIÉTALES

Cette complication est beaucoup plus rare dans la césarienne basse.

EMBOLIE GAZEUSE

Pour la césarienne basse, quelques auteurs ont noté cette complication mortelle, au cours de l'intervention.

Bussala, en 1928, signale un cas d'embolie gazeuse au cours d'une césarienne basse transpéritonéale pour placenta praevia. Pendant la suture cervicale, bruit qui fait supposer la pénétration d'air dans les veines, au niveau de l'insertion placentaire, et puis, dyspnée, cyanose, mort 20 minutes après le début.

Un autre cas d'embolie gazeuse a été publié par Baummé, en 1923. Cet accident est, en somme très rare. Il n'y a que six cas publiés dans la littérature.

LES ACCIDENTS INFECTIEUX APRÈS LA CÉSARIENNE BASSE

Dans sa thèse en 1926, Engelhard, apporte une statistique du service du professeur Jeannin.

Sur 104 opérées, les accidents infectieux sont notés dans 26 cas, soit 25 %.

Élévation fébrile des premiers jours, 12;

Phlegmatia alba dollens, 2;

Suppuration de la plaie opératoire, 12;

Brandt, en 1922, donne 100 cas de césariennes basses avec accidents infectieux, dans 52 % des cas.

Absence totale de fièvre, 32 cas;

Poussées febriles pendant 13 jours, 12 cas;

Lochies fétides, 5 cas;

Mastite, néphrite, thrombose, bronchite,

Cholelithiase, 10 cas;

Suppuration de la plaie opératoire, 24 cas;

Suppuration de la plaie avec pyélite, pneumonie, phlegmatia alba dollens, thrombophlébite furonculose, 4 cas;

Suppuration grave avec lochies fétides, 8 cas;

Fistule de la vessie, 1 cas;

Klein, sur 121 opérées trouve les accidents infectieux dans 37 cas, soit 30,5 %.

Elévation thermique des premiers jours, 13;

Phlegmatia alba dollens, 3;

Accidents de suppuration metastatique, 4;

Suppuration de la plaie opératoire, 17;

Baumm P. en 1923, sur 133 opérées. Les accidents infectieux ont été observés dans 43 cas, soit 33 %.

Dans la majorité des cas les accidents infectieux ont été observés dans les cas douteux.

Nouvian, donne sur 430 cas, 91 cas avec accidents infectieux, soit 21 %.

Infection puerperale grave, 3 cas;

Infection puerperale légère, 36 cas;

Phlegmatia alba dollens, 12 cas;

Suppuration de la plaie opératoire, 40 cas;

Krause, en 1923, donne sur 123 opérées les accidents infectieux, dans 13 cas, soit 10,5 %.

Munro Kerr, donne sur 25 opérées, les accidents infectieux dans 11 cas, soit 44 %.

Ada Macowa (Cracovie) donne, en 1926, 32 cas de césariennes basses.

Toutes les femmes ont été touchées avant l'opération.
Accidents infectieux dans 7 cas, soit 22 %.

Pneumonies post. opératoires, 3;

Suppuration de la plaie abdominale, 3;

Plegmatia alba dollens, 1;

De Lee donnent 144 cas avec des accidents infectieux dans 45 cas, soit 31,2 %.

Fièvre de premiers jours, 24 cas;

Phlegmatia alba dollens, 3 cas;

Pyelite, 5 cas;

Broncho-pneumonie, 4 cas;

Suppuration de la plaie opératoire, 9 cas;

Dans 88 cas du professeur Brindeau (1926) les accidents infectieux se résument à un cas d'infection puerperale sérieuse (femme que le professeur Brindeau n'au-

rait jamais osé opérer par le procédé classique) et a un cas de phlegmatia alba dollens.

Porte et Risacher donnent 28 opérées (dont 19 cas douteux et 1 cas nettement infecté) avec des accidents infectieux dans 4 cas, soit 14 %. Aucune de ces malades n'a eu de phlébite.

Marassi donne sur 27 cas, dans 9 cas-accidents fébriles pendant 3 à 4 jours. Une seule suppuration pariétale.

Phaneuf donne 203 cas en 1929 (1929). L'auteur insiste sur la morbidité peu élevée dans le post-partum.

Dans la statistique publiée par Martius (de Bonn), l'auteur note la fréquence de la suppuration de la plaie opératoire dans les césariennes basses extrapéritonéales (dans 25 % des cas) et dans les césariennes basses trans-péritonéale (dans 12 % des cas). Ces suppurations ont été observées dans les cas impurs, jamais dans les cas purs. D'autre part, l'auteur souligne la rareté de phlegmatia alba dollens, après la césarienne basse.

Perrier sur 29 cas, accuse une morbidité dans 38,7 % de cas. Il trouve la suppuration de la plaie abdominale dans 25,8 % des cas.

Laffont, en 1927, donne pour 10 cas douteux, la suppuration de la plaie opératoire dans 5 cas.

Danforth et Grier publient en 1928, 50 cas de césariennes basses. Au cours de la convalescence, aucune complication sérieuse.

Les auteurs insistent sur la morbidité qui est plus basse que celle qui s'observe après la césarienne classique.

En résumé, si la césarienne basse a une influence indéniable contre l'apparition de la péritonite, elle n'empêche pas, complètement, l'évolution des autres accidents puerpéraux. Les accidents infectieux importants s'observent après la césarienne basse, mais beaucoup moins fréquemment qu'après la césarienne classique.

Pour ce qui est de la suppuration de la plaie opératoire, qui s'observe dans 10 % des cas à peu près, elle prouve une infection latente ou cliniquement reconnue, suffisamment virulente pour déclencher dans les cas de césarienne corporéale une péritonite mortelle.

Le professeur Brindeau croit, que les cas mortels par péritonite, quelques rares qu'ils soient, sont dûs à ce fait qu'il est pratiquement impossible d'empêcher, par les procédés ordinaires de la césarienne transpéritonéale basse, la souillure du péritoine par les liquides qui sortent de la cavité utérine.

LE PHLEGMON RÉTRO-VÉSICAL

Le phlegmon retro-vésical peut compliquer les suites des couches après la césarienne basse.

En théorie, il est certain que ce danger est imminent, spécialement dans les cas infectés ou suspects, car on

ouvré un espace cellulaire, et il est inévitable de ne pas l'inonder avec le contenu infecté de l'utérus.

Cette complication a été signalée par plusieurs auteurs. Seebrecht, Krœnig, Sellheim, Baum, Frantz et Hauch ont signalé des cas.

Phaneuf a publié en 1927 un cas de phlegmon retro-vésical où la malade est morte de broncho-pneumonie.

L'infection retro-vésicale peut s'étendre au péritoine et entraîner une péritonite mortelle. Seebrecht en a publié un cas. Peut-être le drainage de l'espace retro-vésical évitera cette complication, qui est du reste assez rare.

Ce procédé a été employé par Hauch dans plusieurs cas suspects, sans complication dans les suites des couches.

LA CICATRICE DE LA CÉSARIENNE BASSE

La question de la résistance de la cicatrice provenant de l'opération césarienne basse, lors d'une grossesse ou d'un accouchement ultérieur est d'une importance capitale, dans la question de l'avenir de la césarienne basse. Et cette question a fait l'objet de nombreux travaux aussi bien en France qu'à l'étranger.

En 1910, Olow écrivait qu'il connaissait 30 cas de césariennes basses dans lesquels la cicatrice s'est montrée résistante lors des accouchements ultérieurs.

Dobroschke (Th. de Breslau 1913) a réuni dans sa thèse les observations de vingt femmes qui ont subi la césarienne basse et qui ont fait la césarienne itérative après une durée de travail de 6 1/2 à 41 heures.

Dans tous les cas la cicatrice cervicale fut résistante et dans les cas où on a pratiqué la césarienne itérative, on a pu constater la solidité de la cicatrice, que la grossesse soit survenue tôt ou tard après la première opération (entre 11 mois et 33 1/2 mois).

En 1910, Lichtenstein cite un cas où la cicatrice résiste à un hydramnios et, déjà à ce moment, il pense que la cicatrice sur le segment inférieur est plus résistante que celle qui est située sur le corps de l'utérus.

Max Wetterwald rapporte en 1926 une statistique de 101 femmes qui ont subi dans son service la césarienne basse. Chez ses femmes l'auteur a observé ultérieurement 26 accouchements spontanés chez 26 femmes; 9 ont accouché un an après la césarienne.

Il a eu à déplorer un cas de rupture utérine au niveau de l'ancienne cicatrice de la césarienne basse. Nous verrons ultérieurement dans quelles circonstances cette rupture est survenue.

Baisch a signalé le cas d'une femme qui a eu une opération césarienne fundique et une césarienne basse. Chez cette femme une rupture utérine fut observée au

cours d'une troisième grossesse. La rupture a siégé au niveau de la cicatrice corporéale.

Küstner a publié un cas où consécutivement à une incision césarienne faite à cheval sur le fond et le segment inférieur, on voit la rupture se produire uniquement sur le corps.

Dans les observations d'Opitz et de Latzko (Lichtenstein) qui ont signalé la rupture utérine après la césarienne basse, la rupture n'intéresse presque jamais la cicatrice elle-même, mais siège à côté d'elle.

Les cas rapportés par Ruiter permettent aussi de conclure que pour les gestations ultérieures, la cicatrice du segment inférieur offre une plus grande résistance et une plus grande solidité que la cicatrice du corps.

Nouvian, en 1912, apporte une statistique de 164 cas de grossesses postérieures à une césarienne basse. La cicatrice est toujours très résistante.

Czyzewia donne, en 1915, 29 cas de césariennes basses avec grossesses ultérieures, sans incidents du côté de la cicatrice.

Bumm insiste sur la solidité de la cicatrice. Dans les dix cas où il pratiqua la césarienne basse itérative, il ne trouve pas à l'examen macroscopique de trace de l'ancienne incision, même dans les cas où les suites opératoires de la première opération avaient été fébriles. Et l'auteur conclut que cette dernière constatation est

importante, car elle permet de calmer les appréhensions de ceux qui, par analogie avec l'opération classique craignent cette infection de la cicatrice. Hendry, en 1924, après l'étude des nombreux cas, conclut que la césarienne basse a donné la solution du problème de cicatrices dangereuses consécutives à la césarienne classique.

Tel est aussi l'avis de Heardly Holland. Cet auteur dit, qu'une cicatrice d'une césarienne classique est toujours imparfaite, la solidité est plus grande pour les cicatrices du segment inférieur.

Balard (1928) rapporte des cas de césariennes basses itératives sans la moindre trace de cicatrice et sans adhérences. Il aurait été impossible à l'œil nu d'affirmer que ces femmes avaient été césarisées antérieurement.

Le professeur Brindeau signale, en 1926, que la rupture de la cicatrice est beaucoup plus rare dans la césarienne basse.

Gaifami, en 1923, rapporte 11 cas de césarienne itératives. La première opération était une césarienne basse extra ou transpéritonéale. La cicatrice se montra fonctionnellement solide, alors que dans plusieurs cas l'action des forces naturelles avait été exprimée longuement.

Gaifami conclut que la confiance dans la cicatrice sur le corps de l'utérus ne doit pas être, aussi aveugle-

ment, opposée à la méfiance, *a priori*, quant à la résistance de la cicatrice sur le segment inférieur.

Chatillon cite une observation personnelle d'un accouchement spontané chez une femme qui subit antérieurement deux opérations césariennes basses. Cette observation est intéressante par le fait qu'elle démontre la résistance de deux cicatrices placées sur le segment inférieur.

Krause rapporte 123 cas de césariennes basses; chez 36 femmes on a pratiqué la césarienne itérative. Jamais de rupture. Dans la majorité des cas, il est impossible de reconnaître la trace de l'incision antérieure.

Le danger de rupture de la cicatrice lors d'une grossesse ou d'un accouchement ultérieur, est réduit au minimum pour Phaneuf en 1926, qui donne 44 cas de césariennes basses itératives.

Dans tous les cas il n'était pas possible de trouver la moindre trace de la cicatrice cervicale. Dans 4 cas les accouchements postérieurs à la césarienne ont été spontanés. Disons tout de suite qu'une grossesse spontanée après une césarienne, n'est pas une garantie suffisante que la cicatrice résistera dans tous les accouchements ultérieurs.

Schweitzer de Chemnitz donne une statistique sur 427 cas de césariennes basses. L'auteur insiste sur la solidité de la cicatrice, macroscopiquement on ne voit pas de trace de l'ancienne incision, le danger de rupture

utérine est diminué. L'auteur ajoute que beaucoup parmi les femmes qui ont subi les césarienne basse, ont eu ultérieurement des accouchements spontanés, sans le moindre incident.

Brandt, en 1923, a publié 18 cas de césariennes basses itératives. La cicatrice utérine a été toujours parfaite.

Trillat, en 1929, rapporte quelques cas de césariennes basses itératives. La cicatrisation de l'incision du segment inférieure est parfaite. Ni par la vue, ni par le toucher, il n'était possible de trouver sur le muscle utérin des traces de la première intervention. Pas d'amincissement anormal comme cela se voit si souvent dans les cas de césarienne corporéale.

Dijol aboutit aux mêmes conclusions.

Devraigne insiste, en 1929, sur la rareté de rupture utérine après la césarienne basse.

Strache, en 1926, dans l'étude de 20 cas de césariennes basses conclut que la cicatrice de la césarienne basse est beaucoup plus résistante que celle de la césarienne classique et la rupture est moins fréquente.

Pour Strache, la rupture de la cicatrice d'une ancienne césarienne basse n'est pas due à une faute de technique, mais à l'infection au niveau de la plaie.

Ed. Martin, en 1925, donne une statistique sur 125 cas de césariennes basses et 23 césariennes itératives pratiquées dans son service. La cicatrice a été parfaite.

Lehotzky Sommelweis (en 1926) rapporte 88 cas de césariennes, 39 classiques et 49 césariennes basses. Un cas de rupture de la cicatrice utérine lors d'un accouchement ultérieur chez une femme qui a subi antérieurement une césarienne classique.

Huber, de Zurich (en 1924), apporte les résultats de 51 grossesses chez des femmes qui ont subi antérieurement la césarienne basse, 28 femmes ont accouché par les voies naturelles. 23 fois on a pratiqué la césarienne itérative. L'auteur dit que dans la plupart des cas il était presque impossible de reconnaître la cicatrice. Pour Huber la cicatrice est surtout résistante après la césarienne basse transpéritonéale.

Siegel fait l'étude (en 1923) de 113 cas de césariennes basses et classiques. La rupture de la cicatrice utérine a été observée dans 2 cas après la césarienne classique et jamais pour la césarienne basse. Et pourtant de ce nombre total (113) dans 2/3 de cas on a pratiqué la césarienne basse.

Quigley rapporte un cas très intéressant (1926) :

Une femme à terme, bassin rétréci (6 1/2 cm.), est opérée : césarienne basse. Guérison. Quelques temps après, une deuxième gestation. M. Quigley demande à la femme de venir à la clinique 10 jours avant le terme. Elle ne vient pas. Elle entre en travail et quand M. Quigley la voit, la dilatation est complète, Elle accouche d'un

bébé pesant 5 livres. L'auteur ne croit pas que la cicatrice d'une césarienne classique eût résisté.

La solidité de la cicatrice de la césarienne basse est aussi confirmé par Munro Kerr.

Greenhill donne, en 1928, les résultats de 87 césariennes basses itératives. La majorité des femmes ont eu la césarienne pour la deuxième fois. Huit femmes pour la troisième fois, et une femme pour la quatrième fois. Pas un seul cas de rupture.

Un grand nombre de ces femmes sont devenues enceintes utérinement et ont accouché spontanément ou par forceps.

Pour ce qui est de la cicatrice elle s'est montrée toujours très résistante. La cicatrice n'a jamais pu être vue à l'œil nu.

Quelles sont les conclusions que nous pouvons tirer de tout cela ?

C'est que :

1° La cicatrice de la césarienne basse est plus résistante que celle de la césarienne classique;

2° La rupture de la cicatrice de la césarienne basse lors d'une grossesse ou d'un accouchement ultérieur est plus rare que la rupture après la césarienne classique.

Avant d'étudier en détail les facteurs qui contribuent

à la solidité de la cicatrice dans la césarienne, voyons comment se présente cette cicatrice histologiquement.

Pour la césarienne classique, l'étude de la cicatrice a été faite par de nombreux auteurs :

Donald Me Intyre arrive aux conclusions suivantes :

Au niveau de la cicatrice on note l'existence d'une fine couche de tissu cicatriciel fibreux étiré à la surface de l'utérus. Dans la paroi utérine la direction des fibres utérines est le plus souvent modifiée; elles s'accolent, mais ne se continuent pas. Il en résulte une diminution de la solidité de la cicatrice.

Pourtant, on peut parfois avoir la *restitutio ad intre-grum* de la cicatrice (Branca).

Gelle a trouvé des îlots glandulaires dans l'épaisseur de la cicatrice d'un utérus antérieurement césarisé et qui a subi la rupture lors d'une grossesse ultérieure. Il pense que la muqueuse et ses glandes ont été entraînées par la suture dans la paroi et ont diminué la solidité de la cicatrice.

Audebert et Fabre qui ont fait une bonne étude de la cicatrice utérine post-césarienne (classique) trouvent qu'il y a restauration topographique de l'utérus au niveau de la cicatrice. Mais le tissu conjonctif est plus abondant que normalement. On trouve en parcourant la préparation, de nombreux vaisseaux sanguins ne pré-

sentant pas un aspect pathologique, mais de nombre apparemment plus élevé que d'habitude.

En résumé, la cicatrice de la césarienne classique peut se présenter sous 3 aspects :

1° On ne trouve pas de trace d'hysterotomie;

2° On aperçoit difficilement une dépression linéaire ou sinueuse;

3° La cicatrice se présente sous forme d'une lame fibreuse très nette.

On peut donc avoir tous les degrés depuis la cicatrisation parfaite — *restitutio ad integrum* — jusqu'à la cicatrication fibreuse.

Ce point de vu est confirmé par l'étude histologique microscopique.

Remarquons que la cicatrice épaisse n'est pas forcément la cicatrice la plus résistante.

Ce point a été bien démontré par Schickelé.

La cicatrice musculaire, tout en étant mince, est formée uniquement par du tissu musculaire, qui prend activement part aux contractions utérines.

Par contre, la cicatrice, même épaisse, mais de nature conjonctive ne peut prendre une part active au jeu rythmique des contractions du travail; plus encore, les fibres musculaires en se contractant exercent une traction continue, portant sur les deux bords de ce tissu rigide cicatriciel. Les premières contractions du travail

pourront déjà amorcer des petites déchirures, suivies d'épanchements sanguins, d'abord peu importants, mais qui petit à petit seront suivis fatalement de la déhiscence lente au niveau du tissu cicatriciel.

L'étude histologique de la cicatrice de la césarienne basse a été faite par plusieurs auteurs :

Wilhelm Bach (en 1928, Breslau), a fait l'étude histologique de la cicatrice sur un utérus qui a subi trois opérations césariennes basses transpéritonéales. L'auteur note la régénération complète des éléments musculaires; muqueuse et séreuse normales.

Gaifami (en 1923) a fait un examen histologique après hystérectomie sur un utérus ayant été césarisé (césarienne basse) deux ans auparavant : pas de trace macroscopique.

Microscopiquement *restitutio ad integrum*. Cependant par endroits le tissu conjonctif prédomine sur l'élément musculaire, sans cependant que la paroi fut jamais conjonctive dans toute son épaisseur. Il s'était fait une régénération musculaire.

Pour Mironesco, en 1927, la restauration de l'incision sur le segment inférieur se fait presque sans aucune trace de tissu conjonctif.

Greenhill, en 1928, a étudié dans un grand nombre de cas la cicatrice de la césarienne basse. Les résultats sont à peu près les mêmes que celles de Gaifami et Bach,

Donc, la cicatrice de la césarienne basse ne peut être décélée à l'œil nu que rarement. Au microscope on peut trouver du tissu cicatriciel, qui n'est jamais très abondant au niveau de la cicatrice.

LES ÉLÉMENTS QUI PEUVENT INFLUER SUR LA SOLIDITÉ DE LA CICATRICE CÉSARIENNE

La solidité de la cicatrice utérine est certainement influencée par de nombreux facteurs :

La technique opératoire; le matériel de suture; l'infection dans les suites des couches; l'involution utérine qui favorise la désunion de la cicatrice, en permettent un relachement de fils de suture, et, peut être, en favorisant ensuite la production autour de chacun de ces fils de véritables petits canaux, qui sont autant de portes d'entrées possibles à une infection profonde.

Et puis, un facteur important, ce sont les contractions utérines qui en modifiant le contact des tranches de section utérine provoquent un véritable chevauchement qui devient un obstacle à la régénération parfaite de la cicatrice.

La solidité de la cicatrice césarienne est certainement diminuée par l'insertion du placenta sur la zone cicatricielle lors d'une grossesse ultérieure. Sur ce point nous allons revenir tout à l'heure.

Efin, l'intervalle entre la date de la césarienne et l'ac-

couchement ultérieur joue un rôle pour quelques auteurs :

Küstner réclame un an pour la consolidation de la cicatrice.

Nous allons maintenant voir pourquoi la cicatrice basse est plus solide que la cicatrice classique.

La suture utérine de la césarienne basse est placée sur la partie immobile dans les suites des couches et permet une cicatrisation plus exacte (Schickelé et Henneberg). C'est un point de vue sur lequel tous les auteurs sont d'accord. Ce facteur, repos de la cicatrice, est prépondérant pour beaucoup d'auteurs.

L'infection de la cicatrice est moins fréquente après la césarienne.

Pour Rice, c'est surtout l'infection qui est la cause de la cicatrice imparfaite. Wille est du même avis.

Un autre facteur qui intervient contre une cicatrisation, absolument normale de la plaie utérine dans la césarienne classique, est le fait que les fibres musculaires subissent dans la suite des couches une dégénérescence autolyse.

Il est probable que le processus de la cicatrisation est empêché dès les premiers jours de post-partum par cette dégénérescence. Ce facteur n'intervient pas contre la cicatrisation de l'incision qui siège sur le segment inférieur.

La solidité de la cicatrice de la césarienne classique ou basse est diminuée, avons nous dit, du fait de l'insertion du placenta lors d'un accochement ultérieur, sur la zone cicatricielle. Mais au niveau du corps de l'utérus le placenta s'insère sur la face antérieure, donc, sur la zone d'incision de l'ancienne césarienne classique, dans 50 % des cas (Holland). Sur 51 cas de rupture utérine après la césarienne classique, dans 34 cas le placenta était inséré sur la cicatrice. Küstner donne sur 84 cas de césariennes classiques, opérées dans son service, 48 fois l'insertion du placenta sur la paroi antérieure de l'utérus. La majorité des statistiques de rupture utérine donnent une insertion placentaire sur la zone cicatricielle dans 40 à 60 % des cas.

Pour la césarienne basse, l'insertion lors d'une grossesse ultérieure du placenta sur la zone cicatricielle, diminue aussi la résistance de la cicatrice, comme cela s'observe pour la césarienne classique. Dans ces cas on peut observer, même la rupture de l'utérus, comme nous les verrons plus loin. Mais dans la grande majorité des cas le placenta, bas inséré, l'est plutôt sur la partie postérieure du segment inférieur, et non pas sur la zone cicatricielle.

Remarquons encore que la cicatrice de la césarienne basse ne subit pas de distension pendant la grossesse.

La chose est différente pour la cicatrice du corps qui est distendu au cours de la grossesse.

En résumé : La difficulté de l'asepsie de l'incision, l'involution utérine, les contractions utérines dans les suites de couches, la nécessité de faire l'hémostase avec les sutures, la fréquence du placenta sur la paroi antérieure de l'utérus, voilà les inconvénients de l'incision haute-classique. Ces inconvénients n'existent pas si on fait la section basse au niveau du segment inférieur.

LA RUPTURE UTÉRINE APRÈS LA CÉSARIENNE

La rupture de la cicatrice utérine chez les anciennes césarisées lors d'une grossesse ou d'un accouchement ultérieur est une complication grave.

Cette question a été bien étudiée à l'étranger par Eardly Holland, pour la césarienne classique et par Max Wetterwald pour la césarienne basse.

Eardy Holland a publié, en 1920, les résultats de ses recherches sur les ruptures utérines dans les utérus antérieurement césarisés.

L'auteur publie deux statistiques :

La première porte sur les cas de « London Maternity Hospital » pour la période 1912-1918.

Il y fut pratiqué : 112 césariennes classiques.

Nombre de femmes suivies : 84.

Pas de nouvelles grossesses : 49.

Nouvelles grossesses : 35.

Résultat des grossesse :

Accouchements spontanés : 10.

Césariennes itératives : 15. .

Avortements : 5.

Grossesses en évolution au moment de l'établissement des documents : 4.

Rupture de la cicatrice : 5.

Donc, la supture de la cicatrice s'est faite 5 fois sur 35 grossesses, soit 14,3 %.

Le rapport entre le nombre des ruptures et les accouchements spontanés est de 5 à 10.

25 % des femmes n'ont pas été suivies. Mais l'auteur croit que ces femmes ou bien elles avaient des avortements précoces, ou bien elles ne sont pas devenues enceintes. (L'auteur pense qu'autrement elles seraient certainement revenues à l'hôpital, à moins, qu'elles n'aient quitté Londres.)

Dans une deuxième statistique, l'auteur a réuni tous les cas de césariennes classiques pratiquées en Angleterre depuis 1912 :

Nombre de césariennes : 1.605.

Nombre de femmes qui furent suivies : 1.103.

Nombre de femmes qui ne sont pas devenues enceintes : 616.

Nouvelles gestations : 487.

Ces nouvelles grossesses se répartissent ainsi :

Accouchements par voies naturelles : 78.

Césariennes itératives : 352.

Avortements : 47.

Grossesses en évolution : 47.

Ruptures : 18, soit 3,6 %.

Le rapport entre le nombre des ruptures et les accouchements spontanés est de 18 à 78 ou 1 à 4,33.

Morisson-Lacombe donne (Couvelaire) 4 % de ruptures pour la césarienne classique. Cathala donne 3 %.

D'après les recherches de Dujol et Clément le nombre des ruptures est de 4 %.

Wilson, dans une statistique de 104 césariennes classiques qui ont eu des grossesses ultérieurement (de John Hopkins Hospital and University) donne 3 cas de ruptures, soit 3 %.

L'auteur a étudié de près ces 3 cas de ruptures. Les césariennes chez ces femmes ont été pratiquées par des chirurgiens compétents. Pas de complications infectieuses dans les suites opératoires.

Et Wilson conclut que la cause favorisante de la rupture a été l'insertion du placenta sur l'ancienne cicatrice.

Schumacher et Hüber (Zurich) sont du même avis. Gausse rapporte 981 cas de césariennes classiques avec rupture dans 1,8 % des cas.

Wille rapporte, en 1925, une statistique de rupture utérine après la césarienne classique; il donne 4 % de ruptures. L'auteur voit le danger de la rupture utérine dans les complications infectieuses de l'ancienne incision césarienne.

D'après Holland, sur 92 cas de rupture utérine après césarienne classique, 36 seulement se sont produits pendant la grossesse, soit 39 % du nombre total des ruptures.

Pour Dujol et Clément, le nombre des ruptures pendant la grossesse est 25 % du nombre total des ruptures.

Donc nous pouvons admettre que la fréquence de rupture de la cicatrice pour la césarienne classique est de 3-4 %.

Voyons, maintenant, la rupture utérine après la césarienne basse. Max Wetterwold qui a bien étudié la question a réuni 10 observations de rupture utérine sur une statistique qui comporte 3.600 cas de césariennes basses, soit 0,28 %.

Ce chiffre est trop élevé pour Greenhill qui dit, qu'il ne connaît que 11 cas de rupture de la cicatrice sur 25.000 césariennes basses.

Nous avons pu retrouver dans la littérature, en dehors des 10 cas de Wetterwald, 3 cas de rupture de Hellmuth en 1926, 2 cas d'Harras et 2 cas de Süssmann.

Nous allons rapidement exposer ces cas :

1^{re} *Observation* (d'Hussy). (Mon. f. Geb. Gyn. 1925.)

En 1922, l'auteur pratique une opération césarienne basse transpéritonéale pour placenta praevia, dans des conditions opératoires mauvaises, assisté par une infirmière. Le médecin de la famille donne l'anesthésie. Quelques hémorragies après la fermeture de l'utérus et plus tard une phlegmatia double. Nouvelle gestation en septembre 1923. Le 9 juin 1924, douleurs, le 20 juin, la femme est admise à l'hôpital, à cause d'une hémorragie considérable. Laparotomie, on trouve une rupture de l'utérus au niveau de l'ancienne cicatrice cervicale. Un Porro est pratiqué.

2^e et 3^e *observations* (de Frennd, Wolff). — Dans les cas rapportés par ces auteurs, l'incision a intéressé aussi le corps utérin.

Frantz a publié 3 cas de rupture (4.5.6.).

4^e *observation* (Frantz). — Dans ce cas, il y avait déchirure du corps pendant l'extraction de l'enfants.

5^e *observation* (Frantz, « Gynakologische Operationen »). — L'auteur ne dit pas s'il s'agit d'une rupture après césarienne basse ou césarienne classique.

6^e *observation* (Frantz). — Il y a 3 ans, césarienne basse; nouvelle gestation. Au 7^e mois, on diagnostique le placenta praevia centralis. Douleurs, collapsus, laparotomie.

La cicatrice cervicale a cédé. Hystérectomie. Mort de la femme.

7^e observation. — Martius a publié au Congrès des Gynécologues d'Innsbruck, un cas de rupture après la césarienne basse. La rupture est survenue 2 ans 1/2 après la césarienne basse.

8^e observation. — Il s'agit d'un cas publié par Weber.

Mais il s'agit probablement d'une rupture non pas après une césarienne basse, mais après une césarienne classique. En effet, Siegel, qui a fait un travail d'ensemble sur les cas observés dans la *Giessener Klinik*, n'en parle pas (Wetterwald).

9^e observation (Wetterwald). — Une femme qui a subi une césarienne basse il y a 5 ans; nouvelle gestation. C'est au cours de ce second accouchement que le médecin traitant donne une injection hypophysaire et il fait un forceps. Signes de rupture utérine. Ouverture du ventre. Rupture du segment inférieur dans l'ancienne cicatrice. Mort de la femme. L'examen microscopique montra un bon tissu de la cicatrice.

10^e observation (Vogt). — III. Par. Césarienne basse pour *placenta praevia*. Guérison. Une année plus tard, nouvelle gestation (IV), accouchement spontané. V..

grossesse: hémorragie à la fin de la grossesse. Rupture utérine: laparotomie.

On trouve que la cicatrice cervicale a cédé. Le placenta (pl. praevia) était inséré au niveau de l'ancienne cicatrice césarienne.

Hellmuth a rapporté en 1928 (Müncb Med. Woch), 3 cas de rupture après césariennes basses (La clinique de Würzburg).

11^e *observation* (Hellmuth). — Césarienne basse en 1922 pour bassin plat rachitique. Fièvre à 39° pendant un temps très court après l'opération. Guérison rapide en 18 jours.

En 1925, deuxième césarienne basse. Pendant l'extraction de l'enfant, déchirure de l'utérus dans la partie inférieure de la plaie. Température à 38° les premiers 8 jours. Guérison en 17 jours.

En 1927, troisième grossesse. Après les contractions douloureuses pendant 16 heures, le col a une dilatation d'une pièce de 3 mark (5 francs). Laparotomie. Sang dans la cavité abdominale. La cicatrice a cédé. Hématome entre l'utérus et la vessie. Extraction d'un enfant vivant. Hystérectomie. Guérison.

12^e *observation* (Hellmuth). — En 1923, premier accouchement spontané. En 1925, deuxième gestation. Césa-

rienne basse pour placenta praevia sur un segment inférieur non suffisamment formé. Les premiers 7 jours, fièvre jusqu'à 39°. Lochies fétides. Guérison après 18 jours.

En 1927, troisième gestation, 8 jours avant le terme, syncope. Le médecin l'envoie à l'hôpital en état de collapsus. Laparotomie. Sang libre dans la cavité abdominale. Rupture de l'ancienne cicatrice. Insertion du placenta au niveau de la rupture. Enfant mort. Fermeture de l'utérus. Guérison.

13^e observation (Hellmuth). — En 1926, césarienne basse pour bassin rétréci. Température à 38°2 les 6 premiers jours. Guérison après 14 jours.

En 1928, deuxième grossesse, la femme rentre à la clinique près du terme. Pendant la nuit, la malade est réveillée par les douleurs. Douleurs à la pression au niveau de la partie inférieure de l'utérus, faciès anxieux, pâleur. Laparotomie. Rupture de la cicatrice de l'ancienne incision. Extraction d'un enfant mort. Fermeture de l'utérus. Guérison.

Voilà les deux cas de rupture utérine après césariennes basses publiées par Süssmann en 1929 (Zentralblatt f. Gyn. N. 7, 1929).

14^e observation (Süssmann). — En 1922, césarienne basse pour bassin plat rachitique. Fièvre à 39°2 pendant les premiers jours après la césarienne. En 1925, nouvelle

gestation. Près du terme, la malade rentre à la clinique. Contractions utérines douloureuses. L'examen est difficile à cause des douleurs. On juge l'accouchement spontané impossible. A l'intervention on trouve la rupture de l'ancienne cicatrice césarienne, qui s'élargit sur la partie supérieure de l'ancienne cicatrice.

15^e observation (Süssmann). — Trois accouchements spontanés en 1914, 1920, 1921. En 1924, pour placenta praevia centralis, on pratique une césarienne cervicale. Fièvre à 38°6 dans les premiers jours après l'opération. En 1925, nouvelle gestation, huitième mois. Comme la température est à 38°1 et l'enfant mort, on envoie la femme à l'hôpital. On essaie de provoquer le travail, pas de résultats. Température, 39°1. Laparotomie. Rupture de l'ancienne cicatrice cervicale. L'œuf a migré dans la cavité péritonéale où il a continué à se développer pendant quelque temps. Une observation pareille a été publiée par Williams en 1926, dans l'Am. Journal of Obst. et Gyn. 1926, mais nous ne savons pas si l'opération précédente était une césarienne basse ou classique.

Harrar a publié en 1927, deux observations de rupture après césarienne basse (Am. Journal Obst. Gyn. 1927). Mais l'auteur n'apporte pas de détails.

Donc, nous avons réunis 17 cas de rupture de la cicatrice césarienne basse. Les cas cités par Hauch, Chatillon

et l'inférieur sont compris dans les 10 cas réunis par Wetterwald.

Quels sont les déductions que nous pouvons tirer de tout cela ?

Dans les observations 2, 3, 4, 14 et dans les observations de Harrar, l'incision a été probablement portée non seulement sur le segment inférieur, mais aussi sur le corps de l'utérus. La chose est sûre en ce qui concerne les observations 2, 3 et 4. En ce qui concerne les cas rapportés par Harrar, Pollak croit (Congrès des Obst. et Gyn. Américain 1926) que l'incision de la césarienne basse a intéressé aussi le corps de l'utérus, parce que l'opération a été pratiquée avant la formation du segment inférieur. C'est pourquoi Pollak croit qu'il faut pratiquer une incision transversale du segment inférieur comme l'a indiqué Munro Kerr. Cette incision intéresse seulement le segment inférieur.

Froenkel est du même avis que Pollak. Il croit que dans les cas de ruptures rapportés par Harrar, l'incision était cervico-corporéale. Froenkel ajoute, en ce qui concerne la technique de la suture, qu'il faut éviter d'entraîner les éléments glandulaires dans le tissu musculaire profond, ce qui diminue la solidité de la cicatrice.

Baer, en 1928, conseille de faire une incision semi-lunaire du segment inférieur avec convexité tournée en bas, ce qui donnerait, selon l'auteur, une cicatrice plus

solide. Mais de Lee ne croit pas à l'avantage de l'incision transversale.

Dans les cas 1, 10, 12, 13, 15, il s'agit d'un placenta praevia inséré sur l'ancienne cicatrice cervicale. Dans les observations 1, 10, 12, 15, la première césarienne basse a été pratiquée pour placenta praevia. Dans l'observation 13, la première césarienne a été pratiquée pour bassin rétréci.

Donc parmi les causes qui favorisent la rupture utérine après la césarienne basse, il en est une surtout à craindre, c'est l'existence d'un placenta praevia chez une femme césarisée (basse) auparavant, lorsque l'insertion placentaire se fait sur l'ancienne cicatrice.

Dans les cas de césariennes basses qui ont été pratiquées pour placenta praevia, il peut y avoir coïncidence entre l'incision du segment inférieur coïncidant avec l'insertion placentaire. Dans des cas pareils, l'incision se trouve dans des mauvaises conditions de cicatrisation (Müller, Brouha). C'est pourquoi Walthard réserve la césarienne coropréale pour les placenta praevia. Pourtant la majorité des auteurs emploient pour le traitement du placenta praevia la césarienne basse (si la césarienne est indiquée). Dans les cas rapportés par Wetterwald, 8 femmes, opérées par césariennes basses pour placenta praevia, ont accouché ultérieurement par voies

naturelles. Une parmi ces 8 femmes avait même encore trois accouchements par voies naturelles.

Vogt publie 7 cas analogues.

En ce qui nous concerne, nous sommes sur ce point d'accord avec Wettervald et Vogt.

En somme, la rupture après la césarienne basse est possible, mais ceci est un accident rare.

L'utérus qui a subi la césarienne basse est en état de moindre résistance et nécessite une surveillance particulière lors d'une nouvelle grossesse.

L'opération césarienne basse, pratiquée dans des conditions techniques convenables, compromet l'avenir obstétrical des opérées dans une mesure trop faible pour que nous en restreignions les indications logiques.

LES ADHÉRENCES APRÈS LA CÉSARIENNE BASSE

La question des adhérences post-césariennes est assez importante, surtout pour les cas où il faut pratiquer une césarienne itérative et ensuite à cause d'une complication grave possible, l'occlusion intestinale.

Vogt insiste sur la rareté des adhérences dans la césarienne basse et sur leur fréquence dans la césarienne classique. L'auteur dit que dans la clinique de Léopold, où autrefois on ne faisait que la césarienne classique, l'auteur a vu plusieurs cas d'occlusion intestinale, survenus plusieurs années après l'opération. L'auteur n'a,

au contraire, jamais vu un seul cas d'occlusion intestinale à la clinique de Tübinge, où on pratique surtout la césarienne basse.

Max Wetterwald n'a jamais trouvé d'adhérence dans les 13 cas de césariennes basses itératives.

Grosse insiste sur l'absence des adhérences après la césarienne basse.

Perrier note que la césarienne basse évite les adhérences avec l'intestin, ou l'épiploon, qui se produisent assez souvent après la césarienne classique.

De Lee aussi ne trouve pas d'adhérences et l'explique par le fait que la plaie est cachée par la vessie dans le procédé de Beck.

Le professeur Brindeau signale que la césarienne basse supprime presque complètement les adhérences.

Hendry, qui a étudié la question des adhérences après les césariennes, conclut que la fréquence des adhérences après la césarienne classique, contraste avec sa rareté dans la césarienne basse. En ce qui le concerne, il n'en a jamais trouvé.

La fréquence des adhérences après la césarienne classique est, d'après Bar, de 50 % de cas, d'après Franck dans 71 % de cas.

Pour Hauch (Copenhague, 1923), l'absence des adhérences avec l'intestin, l'épiploon, etc..., après la césarienne basse, est un précieux avantage qui pourrait faire

qu'on préfère toujours la césarienne basse, même dans les cas purs.

Martius a pratiqué 18 césariennes basses itératives. Dans 15 cas, pas de traces d'adhérences, dans 3 cas, légères adhérences à la paroi. Dans 8 cas de césariennes classiques itératives, l'auteur trouve de très fortes adhérences dans 6 cas.

Krause et Balard ne trouvent pas d'adhérences chez les femmes qui antérieurement ont subi la césarienne basse.

Phaneuf (1926) signale la même chose dans 32 cas de césarienne basse itérative.

Nous voyons donc, et tous les auteurs sont d'accord là-dessus, que les adhérences sont rares après la césarienne basse et que les césariennes basses itératives ne présentent pas de grosses difficultés opératoires.

La seule adhérence importante est celle qui se fait entre le segment inférieur et la vessie. Pourtant, même si elle se produit, cette adhérence n'est pas à craindre, sauf dans les cas de rupture vesicale, quand une fistule vesico-utérine peut s'établir (Constantinesco, 1927).

VI.- Accouchement par voies naturelles des femmes qui ont subi antérieurement la césarienne basse

Il est faux de dire que la césarienne basse une fois faite, il est nécessaire de la renouveler à tous les accouchements chez la même femme.

Greenhill a publié en 1923, l'observation de 4 femmes, qui ont subi antérieurement la césarienne (3 césariennes classiques et une césarienne basse). Ces 4 femmes ont accouché ultérieurement par les voies naturelles. Les 4 enfants ont été d'un poids supérieur à ceux qu'on avait extrait par la césarienne.

Lantejoul a publié, en 1926, le cas (Service du professeur Brindeau) d'une femme qui a été opérée, en mai 1925. Césarienne basse pour bassin généralement rétréci, chez une primipare. L'opération a été pratiquée 24 heures après le début du travail; poche des eaux rompue depuis 11 heures. Un garçon vivant pesant 3.000 grammes, a été extrait. Les suites ont été normales. 22 septembre 1926, la femme est à nouveau enceinte et aux environs du terme, à 13 heures, premières constatations

douloureuses. A 21 heures, tête élevée, dos à gauche, membranes intactes, dilatation : 2 francs. Le professeur Brindeau estime que l'enfant est de petite taille, fait faire un centimètre cube de morphine et laisse la femme continuer son travail.

Le 23, à une heure, rupture spontanée des membranes.

A 6 heures, la dilatation est complète, la tête descend progressivement. A 9 heures, une application de forceps est faite en g. a. sur une tête reposant sur le périnée.

Elle permet l'extraction d'un garçon vivant et pesant 2.830 grammes. Cette observation nous montre qu'il faut laisser entrer en travail les femmes qui ont subi antérieurement la césarienne basse, quand, par exemple, le fœtus est plus petits lors d'un nouvel accouchement.

Siegel a publié une statistique, en 1923, sur 113 cas de césariennes qui ont été suivies. La césarienne basse transpéritonéale a été pratiquée dans deux tiers des cas.

54 femmes sont devenues enceintes après la césarienne. Sur ces 54 cas, 28 femmes ont accouché par les voies naturelles, dans 26 cas on était obligé de refaire la césarienne.

Une deuxième grossesse après la césarienne a été observée dans 14 cas. 6 femmes ont accouché par les voies naturelles, dans 8 cas on a fait une nouvelle césarienne.

Enfin dans 2 cas, une troisième grossesse a été obser-

vée. Dans un cas l'accouchement a été spontané, dans le second cas on était obligé de refaire la césarienne.

Schéma n° 2

Indication de la césarienne	Nombre de cas opérés pour la première fois	1 ^{re} gross. après la césarienne			2 ^e gross. après la césarienne			3 ^e gross. après la césarienne		
		nombre total	César. itérat.	voies natur.	nombre total	césar. itérat.	voies natur.	nombre total	césar. itérat.	voies natur.
Bassin rétréci	71	39	26 67 %	13	9	8 90 %	1	1	1 100 %	—
Placenta proeira	31	12	—	12	5	—	1	1	—	—
Autres indications	11	3	—	3	—	—	—	—	—	—

(d'après Siégel).

Nous voyons donc que les femmes qui ont subi la césarienne pour bassin rétréci ont nécessité une césarienne itérative dans 67 % des cas après la première césarienne, dans 90 % des cas après la deuxième césarienne et dans 100 % des cas après la troisième césarienne.

Siegel conclut que l'accouchement spontané après la césarienne, s'observe surtout dans les cas où l'indication de la césarienne a été autre que celle du bassin rétréci.

Phaneuf, Chatillon, et Vogt signalent des accouchements spontanés après deux césariennes basses.

Watterwald note dans sa statistique que sur 100 femmes qui ont subi la césarienne basse, 26 femmes ont eu

40 accouchements ultérieurement, par les voies naturelles, sans incidents fâcheux.

Parmi ces 26 femmes, une a accouché même six fois spontanément, une autre encore 4 fois, 2 femmes encore 3 fois et deux autres femmes ont accouché encore 2 fois, dont l'une également à l'aide d'un forceps. Les 20 femmes qui restent ont eu chacune un accouchement par voies naturelles. Toutes ces 40 femmes ont accouché à terme et 34 sans intervention.

Nous savons que d'après Holland, le rapport entre le nombre des ruptures utérines et le nombre des accouchements spontanés, chez des femmes qui ont subi antérieurement la césarienne classique, est de 1 à 4.

Ce rapport n'est plus le même pour la césarienne basse.

En effet, nous avons vu précédemment que la rupture utérine est beaucoup moins fréquente après la césarienne basse.

D'après Wetterwald, le rapport entre le nombre de ruptures utérines et les accouchements spontanés après la césarienne basse est de 3 à 100.

Nous avons déjà dit que la règle proclamée par certains accoucheurs — une fois césarienne, toujours césarienne — est fausse.

Et surtout cette règle ne concerne pas les femmes chez lesquelles la césarienne basse s'impose, pour une raison autre que celle du rétrécissement pelvien. Lorsqu'à un

accouchement subséquent la voie peavigenitale ne présente pas d'obstacle au passage de la tête fœtale, et lorsqu'il n'y a pas d'autre indication nécessitant une césarienne, nous ne voyons aucune raison de ne pas laisser évoluer le travail et l'accouchement spontanés. Quant aux cas de bassin rétréci, il est évident que dans la majorité de cas on ne peut pas éviter la césarienne itérative.

Ajoutons que l'accouchement spontané est plus fréquente après la césarienne basse, qu'après la césarienne classique, ce qui s'explique, du reste, par la résistance plus grande de la cicatrice basse.

Et pour finir, disons que lorsqu'un médecin est appelé auprès d'une femme enceinte, ayant autrefois subi une césarienne basse (ou classique) il doit lui exposer le danger d'un accouchement à domicile, et l'engager vivement à entrer dans une maternité.

VII. - La fécondité des femmes qui ont subi la césarienne basse

Wetterwald donne sur 100 femmes opérées, 45 qui sont redevenues enceintes (certaines d'entre elles 12 à 15 mois après la césarienne basse), c'est-à-dire la fécondité a été observée dans 45 % des cas.

Couvellaire donne une statistique d'après laquelle 33,8 % des femmes, qui ont subi la césarienne classique, sont redevenues enceintes (41 sur 121).

Siegel a publié en 1923, 113 cas des césariennes basses et classiques. 54 femmes sont redevenues enceintes, soit 48 %.

En moyenne, la section césarienne date de 6 ans.

D'après les recherches de l'auteur, les femmes qui ne deviennent pas enceintes dans les 6 années qui suivent la césarienne, doivent être considérées comme stériles.

Schéma n° 3

Indication de la césarienne	Césariennes classiques			Césariennes basses			Césariennes basses et classiques		
	nombre total	stérili- té	0/0	nombre total	stérili- té	0/0	nombre total	stérilité	0/0
Bassin rétréci	21	10	48 %	47	21	45 %	68	31	45 %
Placenta proeira	12	7	58 %	17	11	64 %	29	18	62 %
Autres indications	4	2	50 %	5	3	60 %	9	5	55 %
Total	37	19	51 %	69	35	51 %	106	54	51 %

Nous voyons donc par ce schéma que la stérilité est la même après la césarienne basse (51 %) qu'après la césarienne classique.

En 1929, Gauss conseille de limiter les indications de la césarienne abdominale, surtout, dit-il, parce que la césarienne abdominale (basse ou classique) diminue la fécondité de la femme.

Alors que le coefficient de fécondité est, suivant l'auteur, 3,46 pour la femme normale, il n'est que de 1,6 chez les femmes césariées.

A notre avis, et nous sommes d'accord là-dessus avec Hirsch, Gauss fait une erreur double: 1° le coefficient de 3.46 pour la femme normale est encore discutable, et 2° *Gauss compare des cas pathologiques et les femmes normales.*

À propos de la diminution de la fécondité de 50 % chez les femmes qui ont subi la césarienne (basse ou classique), Wille a posé la question, si la césarienne en général, comme opération, diminue la fécondité de la femme.

Il aboutit à la conclusion que dans 50 % des cas la stérilité est voulue par la femme, c'est-à-dire la césarienne ne diminue pas la fécondité de la femme.

Pour le démontrer, Wille a fait des expériences sur des animaux (cobayes, souris). Des 10 animaux, sont restés pour l'examen de la fécondité 8. Chez 3 souris, on trouve une pyometrie, affection fréquente chez la souris, et qui explique facilement la stérilité qui s'est établie ultérieurement. Les 5 autres ont présenté des nouvelles gestations. Et l'auteur conclut, que cette expérience démontre bien que ni les adhérences, ni la cicatrice, ni les restes de fils de suture n'ont pas empêché des nouvelles gestations (Wille, 1929, Zentralblatt n° 29). Ces faits sont évidemment très intéressants, mais nous ne croyons pas que ces expériences suffisent déjà pour trancher la question. Nous sommes pourtant du même avis que Wille, lorsqu'il dit que la stérilité après la césarienne est voulue par les femmes dans la majorité des cas.

En tous cas, nous croyons que la césarienne, comme opération, ne diminue pas beaucoup la fécondité de la femme.

Est-ce que la fécondité est plus grande pour la césarienne basse?

D'après les recherches que nous avons faites dans la littérature, il semble bien que la fécondité de la femme, après la césarienne basse est la même ou peut-être légèrement supérieure dans la césarienne basse que celle qui s'observe après la césarienne classique.

AVORTEMENT ET ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉS APRÈS LA CÉSARIENNE BASSE

Wetterwald a suivi les gestations ultérieures dans 100 cas de césariennes basses; 44 femmes sont devenues enceintes après la césarienne. De ce nombre, 5 femmes ont eu des avortements ou des accouchements prématurés, sans qu'on ait pu établir les raisons.

Les enfants ne furent pas viables. Donc, la grossesse a été interrompue dans 11 % des cas.

Gauss a publié, en 1929, 79 cas des femmes qui sont devenues enceintes après la césarienne abdominale. Mais l'auteur ne dit pas s'il s'agit de césariennes classiques ou basses. L'auteur note l'avortement dans 12 cas et l'accouchement prématuré dans 4 cas. Donc la grossesse a été interrompue dans 16 cas, soit dans 20 % des cas.

Dans la littérature nous n'avons pu retrouver des statistiques plus importantes que celles que nous avons décrit.

C'est pourquoi, croyons-nous, il est impossible de se prononcer sur ce point à l'heure actuelle.

LA SÉCRÉTION LACTÉE CHEZ LES FEMMES QUI ONT SUBI LA CÉSARIENNE

Eyraud (Th. de Bordeaux) a étudié la sécrétion lactée chez les femmes qui ont subi la césarienne.

Ses recherches portent sur 52 cas.

La sécrétion lactée s'est normalement effectuée dans 65-70 % des cas, on a noté un peu de retard dans 20 % des cas.

L'hypogalactie n'a été observée que dans 5 % des cas.

Donc, la césarienne n'a pas d'influence sur l'allaitement.

Les recherches d'Eyraud ont été pratiquée sur les femmes qui ont subi la césarienne classique. Les mêmes résultats s'observeront, sans doute, pour la césarienne basse.

VIII. - La césarienne basse

Dans le service du Professeur Brindeau, à la Clinique Tarnier

Nous allons exposer ici les résultats obtenus dans le service du professeur Brindeau depuis 1924 jusqu'à fin 1929.

La technique employée est celle que nous avons décrit antérieurement. C'est la technique du professeur Brindeau (la césarienne basse transpéritonéale).

Année	Césariennes basses	Césarienne hautes
1924	22	44
1925	49	9
1926	54	1
1927	41	4
1928	70	2
1929	65	0
Total	301	60

On a pratiqué au total depuis 1924 jusqu'à fin 1929, 301 césariennes basses et 60 césariennes hautes.

Sur les 301 césariennes on a eu 7 morts, soit 2,33 %.

Une seule malade est morte de péritonite, soit 0,33 %.

Comme autres causes de mortalité, signalons: hémor-

Schema n° 4

Année	Nombre total de césariennes	Mortalité maternelle	Mortalité foetale	Opérations itérat. basses			Nombre de césariennes basses faites pour la 1 ^{re} fois	Indications		
				Total	La césarienne précédente a été une haute	La césarienne précédente a été une basse		Bassin retreci	Placenta proelia	Indicat divers
1924	22	0	3	1	1	—	21	41	3	8
1925	49	0	3	7	6	1	42	31	3	15
1926	54	2	3	13	9	4	41	39	2	13
1927	41	1	1	8	6	2	33	29	4	8
1928	70	2	3	14	7	7	56	49	4	17
1929	65	2	2	15	7	8	50	38	5	22
Total	301	7 soit 2,33 0/0	15, soit 5 0,0	58	36	22	243	197	21	83

ragie (3 cas), syncope respiratoire anesthésique au cours de l'opération, et l'occlusion intestinale (1 cas).

La mortalité infantile est de 15, soit 5 % (enfants morts nés ou morts après l'opération dans le service).

Dans 22 cas, une césarienne basse itérative a été pratiquée chez des femmes qui ont subi antérieurement une césarienne basse. Dans la majorité des cas on n'a pas pu constater trace de l'ancienne cicatrice, sur le segment inférieur. D'autre part, on trouve peu d'adhérences pariétales, ni d'adhérences intestinales.

Mais on a observé des adhérences entre le segment inférieur et la vessie. (Pour une césarienne basse itérative pratiquée en janvier 1930, chez une femme qui a subi antérieurement la césarienne basse, le décollement de la vessie du segment inférieur a été très difficile à cause des adhérences entre le segment inférieur et la vessie. Une hémorragie en nappe est apparue et on a été obligé de recourir à l'hystérectomie.)

Une fistule utéro-vésico-vaginale a été observée après une césarienne basse itérative, chez une femme qui a subi antérieurement une césarienne basse.

Un cas d'occlusion intestinale, avec issue fatale 6 jours après l'opération, a été observée chez une femme qui a subi pour la première fois la césarienne (basse). Cette observation est intéressante à noter. En effet, dans la littérature, l'occlusion intestinale est regardée comme une

complication très rare après la césarienne basse, alors que pour la césarienne haute elle s'observe dans 1 % des cas.

Les complications infectieuses ont été, en général, peu graves.

Jamais de rupture utérine après les césariennes basses, alors que nous avons eu 2 cas de rupture après la césarienne haute.

Sur les 301 cas de césariennes basses que nous apportons ici, il y avait beaucoup de cas impurs.

Nombre de cés. classiques pratiquées à la clinique Tarnier entre 1924-1940	Mortalité maternelle	Mortalité foetale	Césariennes itérat classiques
60	3 soit 5 0/0	2 soit 3,3 0/0	12

Entre 1924 et 1929 on a pratiqué 60 césariennes classiques dans le service du professeur Brindeau.

On a noté une mortalité maternelle et foetale de 5 % ; la rupture utérine a été observée dans 2 cas, soit 3,3 %. Dans un cas le placenta a été inséré sur la cicatrice. Dans plus de la moitié des cas, le placenta s'insère sur la face antérieure du corps de l'utérus (10 sur 17).

Les adhérences utérines après les césariennes hautes ont été observées au cours des césariennes itératives dans la moitié des cas; 23 fois sur 48 césariennes itératives.

L'occlusion intestinale a été observée *une fois*, avec issue fatale. Mais peut-être l'occlusion existait-elle déjà avant l'intervention; une femme est morte de Shok et une d'éclampsie.

Conclusions

1° La mortalité après la césarienne basse est moins élevée que celle de l'opération classique. Cette mortalité varie selon les statistiques, de 2 à 4 % pour les cas impurs. Alors que la mortalité après la césarienne classique pour les mêmes cas, est de 10,7 %.

2° La morbidité est plus basse :

Le choc opératoire est peu marqué.

Pas ou presque pas d'hémorragie secondaire.

Les accidents infectieux sont, en général, moins graves.

L'occlusion intestinale est très rare.

Les lésions vésicales s'observent, surtout pour les césariennes basses itératives, et dans la technique extrapéritonéale. On peut avoir ultérieurement des fistules vésico cervicales.

Les fistules utéro-pariétales sont rares.

La lochiométrie est beaucoup moins fréquente qu'après la césarienne corporéale.

Les adhérences intestinales, épiploïques sont très rares.

La cicatrice basse est plus résistante.

La rupture utérine dans les accouchements ultérieurs est très rare.

3° L'accouchement par voies naturelles des femmes qui ont subi antérieurement la césarienne basse est assez fréquente, et l'épreuve du travail est possible.

4° La césarienne basse, par elle-même, ne diminue pas ou presque pas la fécondité de la femme.

5° Toute femme enceinte qui a subi antérieurement une césarienne basse, doit être surveillée pendant la grossesse et surtout dans les derniers mois de la grossesse et pendant le travail. Pour si rare qu'elle ne soit, la rupture est un accident possible et très grave.

C'est pourquoi lorsqu'un médecin est appelé auprès d'une femme enceinte, qui a subi autrefois une césarienne basse, il doit lui expliquer les dangers d'un accouchement à domicile et l'engager vivement d'entrer dans une maternité, plusieurs jours avant le terme.

Vu le Doyen,
ROGER.

Vu le Président,
BRINDEAU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

Bibliographie

- Bulletin de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 1925, 26, 27, 28.
- BALARD et ANDERODIAS. — *Bulletin de la Soc. d'Obst. et de Gyn.* 1926.
- BRINDEAU. — Soc. d'Obst. et de Gyn., 1922. *Presse Médicale* 1926, page 305.
- BAER. — *American Journal of Obstetric and Gynecology*, 1923.
- BRANDT. — Zeitschrift für Gynecologie, 1923-1924.
- BAUMM. — Monat für Geburt und Gyn., 1923.
- BALARD. — *Bull. Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 1926.
- BUSSALA. — Zentralblatt für Gyn., 1927, n° 11.
- CARTER. — *American Journal of Obstetrics and gynecology*, 1927.
- CORREIA DA COSTA. — *Revista de Gynecol. et d'obstetrica de Brésil*, 1925.
- CHATHILON. — *Revue d'Obst. et de Gynéc.*, octobre 1924.
- CYZEWIA. — Der abdominale kaiserialschnitt (von Küstner).
- DE LEE. — *The American journal of obstetrics and Gynec.*, sept. 1926, août 1925.

DESOUBRY. — Thèse de Paris 1925.

DONALD MAC INTYRE. — *British medical journal*, 21 juin 1924.

DOBROSCHKE. — Thèse de Breslau 1913.

DE PORENTA. — *Annali di ostétrico e Gny.* 1924.

DANFORTH ET GRIER. — *American Journal of obstetries and gyn.*, 1928.

ENGEHLHARD. — Thèse de Paris 1926.

FREY. — *Schweizerischen Medizinische Wochenshirft*, 1926, n° 48-50.

FROENKEL. — Congrès gynécologie et Obst. américain, 1926.

GROMADZKI — Gin. Poloka, Varsovie 1927.

GAIFAMI. — *Rev. d'Obst. et de Gyn.*, janvier 1923.

GAUSS. -- *Zentralblatt für Gynäcologie*, 1929, n° 19.

GREENHILL. — *American journal of Obst. and Gyn.*, janvier 1923.

Gynécologie et Obstétrique, 1921-22-23-24-25-26-27-28-29.

HAUCH. — *Revue Française de Gynécologie*, 1923, p. 190.

HAUCH. — *Revue d'Obstétrique et de Gynécologie*, mars 1923.

HOLLAND. — *British Medical journal*, 21 juin 1924 et *The Lancet* 1920.

Huber Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1924, n° 42-43.

- HARRAR. — 39^e Congrès d'Obstétrique et Gyn. Américains, Chicago 1926.
- HARRIS et BROWN. — *American Journal of Obstetries and Gynecology*, 1927.
- HIRSCH. — Zentralblatt für Gynäcologie, 1928, n° 35.
- HAGGSTROM. — Acta gynecologica Scandinava 1926.
- HUSSY. — Monatsschrift für Geburt und Gyn. 1925.
- Journal of Obstetries and Gynec. Of the British Empire*, 1925-26-27-28.
- KUSTNER. — Monatsschrift für Geburt 1928-29.
- KRAUSE. — *American Journal of Obst. and Gyn.*, 1923.
- LEWIS. — *Surg Gynecol and Obst.*, 1926.
- MARASSI. — *Thèse de Paris* 1926.
- MULLER. — Monatsschrift für geburt und Gyn. 1925, septembre 1926.
- MARTIN. — Monatsschrift für n° 44, 1925, page 296.
- MARTIN et SPIECKHOFT. — Monatsschrift für Geburt und Gyn. 1929.
- OLOW. — Zentralblatt für Gyneco., 1910.
- PUPPEL. — Congrès des gynécologues Allemands, Leipzig 1929.
- PORTES et RISACHER. — *Bulletin de la Société d'Obstétrique et Gyn.*, 1926.
- POLLAK. — Congrès de Gyn. et d'Obst. Américains 1926.
- PHANEUF. — *American Journal of Obst. and Gyn.*, 1925-26-27-28,

- PERRIER. — *Thèse de Strasbourg* 1923.
- QUICLAY. — Congrès de Gyn. et Obst. Américain 1926.
- RICE. — *American journal of obstét. and Gyn.* 1927.
- Revue Française de Gynécologie et d'Obst.* 1925-26-27-28-29.
- STRACHE. — *Münchener Medizinische wochenschrift*, mars 1926.
- SCHEFFTZECK. — *Manotssch für Gyn. und Geburt*, juillet 1926.
- SCHIKELE. — IV^e Congrès de Gyn. et d'Obst. de langue Française, octobre 1925.
- STEINBERG. — *Zentralblatt für Gyn.* 1926, n° 7.
- SIEGEL. — *Monatssch. für Geburt*, t. 62, 1923.
- SCHWEITZER. — Congrès des Gynécologues Allemands, *Zentralblatt für Gyn.*, 1929.
- SEEBRECHT. — Congrès des Gyn. et Obst. de langue française, 1925.
- SCHUMACKER. — *Zentralblatt für Gyn.* 1927, page 986.
- SUSSMANN. — *Zentralblatt für Gyn.*, 1929, n° 7.
- VOGT. — *Zeitschrift für Geburt und Gyn.* 1921.
- WETTERWALD. — *Zentralblatt für Gynécologie*, 1926, n° 10.
- WILSON. — *The American journal of Obst. and Gyn.*, août 1926.
- WILLE. — *Zentralblatt für Gyn.* 1929, n° 29. Congrès des Gynécologues allemands, Leipzig, 1929.

WIELHEM BASCH. — 1928, Breslau, Etude histologique de
l'utérus après la césarienne basse.

WILLIAMSON. — *The American journal of obst. and Gyn.*,
mars 1927.

WEIZ. — *The American journal of obst. and Gyn.*, mars
1927.

WINTER. — Zentralblatt für Gynécologie, 1929.

Table des Matières

	Pages
1. Introduction	9
2. Historique	11
3. Technique opératoire	18
4. La mortalité dans la césarienne basse.....	23
5. La morbidité dans la césarienne basse.....	39
Le choc opératoire.....	39
Les hémorragies	40
L'occlusion intestinale	40
La lochiométrie	41
Les lésions vésicales.....	42
Les fistules utéro-pariétales.....	43
La cicatrice	48
La rupture utérine dans les accouchements ultérieurs..	62
Les adhérences	73
6. Accouchement par voies naturelles des femmes qui ont subi antérieurement la césarienne basse.....	86
7. La fécondité des femmes qui ont subi antérieurement la césa- rienne basse	81
8. La césarienne basse dans le service du professeur Brindeau..	86
Conclusion	90
Bibliographie	93
